



Master 2

**Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2012-2013**

**L'évaluation du Comité Technique
Régional « psychiatrie et santé
mentale » de l'ARS Poitou-Charentes :
quel rôle pour la concertation dans la
gouvernance de la politique de santé
mentale ?**

Arnaud LE HENANFF

Date du jury : juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier,

Madame ALLAIRE Frédérique, maitre de stage, pour son accueil et son suivi.

L'ensemble du personnel de l'agence que j'ai pu côtoyer pendant ce stage pour leur sympathie.

L'ensemble des acteurs de terrain pour avoir accepté de me recevoir et qui par leurs réponses aux entretiens ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1. La construction du champ de la santé mentale.....	1
2. La politique de santé mentale et le modèle d'un système de santé intégré.....	4
3. Les groupes professionnels intégrés dans le pilotage des politiques de santé mentale	6
4. L'évaluation de la concertation entre les professionnels de la santé mentale	8
1^{ère} PARTIE : RAPPORT DE MISSION SUR L'EVALUATION DU DISPOSITIF DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE DE L'ARS POITOU-CHARENTES	11
1.1 L'ENVIRONNEMENT DES DISPOSITIFS DE LA CONCERTATION	11
1.1 Les itinéraires de la concertation dans la conduite des réformes	11
1.1.2 Une politique des procédures : l'itinéraire belge.....	12
1.1.2 Une politique des valeurs : l'itinéraire écossais	16
1.2 Les spécificités de l'offre de soins psychiatriques en France	19
1.2.1 L'évolution incertaine du champ de la psychiatrie.....	20
1.2.3 Une offre de soins fragmentée	21
1.3 L'organisation de la planification et de la concertation en santé mentale en France	23
.....	23
1.3.1 Du découpage sectoriel à l'émergence des territoires de santé	23
1.3.2 Les légitimités de la territorialisation autour de la santé mentale	25
1.3.3 Un cadre instable de la concertation au niveau régional	27
1.4 Le contexte de la concertation dans la région Poitou-Charentes	28
1.4.1 Une diversification de l'offre de soins inachevée	28
1.4.2 Les données de prévalence des pathologies mentales	29
1.4.3 Le recours aux soins de santé mentale : l'analyse des files actives des secteurs.....	31
1.4.4 Les objectifs de la politique régionale en santé mentale	31
2. LA METHODE D'EVALUATION D'UN PROCESSUS DE CONCERTATION	32
2.1 Les exemples des concertations conduites dans d'autres régions	32
2.1.1 Les exemples d'instances de concertation à vocation technique.....	33

Arnaud LE HENANFF -

2.1.2 L'exemple d'une instance à vocation démocratique : la sous-commission de la CRSA en Franche-Comté	37
2.1.3 L'exemple d'une instance à vocation stratégique en Provence-Alpes-Côte d'Azur	39
2.1.4 Le cadre de la réflexion conduite en Ile de France.....	41
2.2 La méthodologie d'évaluation du COTER « psychiatrie et santé mentale » de l'ARS Poitou-Charentes.....	43
2.2.1 Une stratégie d'évaluation à deux pôles.....	43
2.2.2 Le référentiel de l'évaluation.....	44
2.2.3 Les informations et leurs outils de recueil.....	45
2.2.4. Le traitement et l'interprétation des informations	47
3. LES RESULTATS DE L'EVALUATION DU COTER « Psychiatrie et santé mentale »47	
3.1 Les résultats de l'enquête par questionnaire	47
3.2 L'analyse des facteurs contributifs de la concertation.....	49
3.2.1 Les facteurs internes du processus de concertation	49
3.2.2 Les facteurs externes du processus de concertation	52
3.3 Les objectifs du COTER.....	55
3.3.1 Une aide à la décision articulée à la construction d'une expertise.....	55
3.3.2 Une aide à la décision articulée à la traduction de priorités politiques : le processus de mise en œuvre.....	59
3.3.3 Une aide à la décision articulée à une coordination des acteurs.....	64
3.3.4 Une aide à la décision articulée à une délibération sur les valeurs ?.....	67
3.4 Le périmètre des acteurs associés au COTER.....	69
3.4.1 L'évaluation du périmètre relative aux objectifs	69
3.4.2 L'évaluation des modalités de l'association	73
3.5 Les modalités de la discussion au sein du COTER.....	74
3.5.1 Les conditions du pluralisme.....	74
3.5.2 Les conditions de l'efficacité	76
3.6 Les recommandations pour la pérennisation de la concertation	77
3.6.1 L'horizon de la concertation dans la région Poitou-Charentes.....	77

3.6.2 Les recommandations pratiques sur le COTER à court terme	80
2^{ème} PARTIE : ANALYSE REFLEXIVE DE LA MISSION DE STAGE	83
1. LES APPORTS ET LES LIMITES DE L'ÉVALUATION DU COTER	83
1.1 L'intérêt de l'évaluation d'une instance de concertation	83
1.2 Les limites de l'évaluation du COTER Psychiatrie et santé mentale.....	86
1.3 La réception de la démarche d'évaluation par les participants	87
2. LES OUTILS POUR UNE ÉVALUATION ULTÉRIEURE DU COTER	88
2.1 La modélisation de l'intervention du COTER.....	88
2.1.1 Les intrants de la concertation : les activités et les ressources	89
2.1.2 Les extrants de la concertation : résultats, effets et impacts.....	90
2.1.3 Les facteurs contributifs internes et externes	91
2.2 Le protocole d'évaluation ultérieure du COTER.....	91
Conclusion.....	97
Bibliographie.....	99
Liste des annexes.....	I
ANNEXE I : LISTE DES ENTRETIENS	II
ANNEXE II : LISTE DES REUNIONS	IV
ANNEXE III : GRILLES D'ENTRETIENS.....	V
ANNEXE IV : GRILLE QUESTIONNAIRE.....	IX
NOTE D'OBSERVATION.....	Erreur ! Signet non défini.

Liste des sigles utilisés

- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CATTP** : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
- CH** : Centre Hospitalier
- CLSM** : Conseils Locaux de Santé Mentale
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- CMP** : Centre Médico-psychologique
- COTER** : Comité Technique Régional
- CRSA** : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
- CRCSM** : Commission régionale de Concertation en Santé Mentale
- DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES** : Direction de la Recherche de l'Evaluation Et des Statistiques
- DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EDM** : Episode Dépressif Majeur
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EPSM** : Etablissement Public Santé Mentale
- HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire
- ICM** : Indice Comparatif de Mortalité
- INAMI** : Institut National Maladie Invalidité
- IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- KCE** : Centre d'Expertise Fédéral des Soins en Santé
- MAS** : Maison d'Accueil Spécialisé
- MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Arnaud LE HENANFF -

MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

SPF SP: Service Fédéral Santé Publique

SRI: Scottish Recovery Indicator

SRN: Scottish Recovery Network

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

UMD : Unités pour Malades Difficiles

UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou Handicapées psychiques

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

« *La santé mentale est la discipline médicale la plus liée à l'organisation sociale et politique dans laquelle elle se met en œuvre [...] L'enjeu est ici de réintroduire la question de la santé mentale, en tant qu'élément de santé publique, dans le débat politique et social.* »¹. Jean-Luc Roelandt.

1. La construction du champ de la santé mentale

La santé mentale des populations est un nouvel objet politique apparu dans l'agenda de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001². Le concept de santé mentale ne s'intéresse pas à la seule maladie mentale et aux personnes qui en sont atteintes, mais élargit les données du problème à la société. Un référentiel de santé publique imprègne ce concept, au regard duquel le bien-être psychique est autant une affaire collective qu'individuelle, car il est autant lié aux valeurs dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne³. Parce qu'il est un objet politique émanant d'une discipline médicale, la psychiatrie, le concept de santé mentale ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle. Inspirée de la vision globale de l'OMS, la définition de la santé mentale par le Ministère canadien de la Santé est articulée autour de trois dimensions⁴ :

- **Les troubles mentaux** qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées : les troubles psychotiques, les schizophrénies, les troubles dépressifs caractérisés, la bipolarité, etc. Pour être considérés comme tels, les troubles mentaux renvoient à des anomalies permanentes, qui causent une souffrance ou constituent un handicap dans les actes de la vie courante⁵.
- **La souffrance psychique** qui est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Il s'agit de symptômes anxieux et

¹ Roelandt J-L., « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution », *L'information psychiatrique*, n°86, 2010, p. 777.

² OMS, Rapport sur la santé dans le monde, *la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 2001, <http://www.who.int/>

³ Association canadienne pour la santé mentale, « Définition de la santé mentale », <http://www.acsm-ca.qc.ca/>

⁴ Ministère de la santé du Canada, <http://hc-sc.gc.ca/>, mai 2006.

⁵ OMS, *ibid.*, p. 21.

dépressifs, peu intenses ou passagers qui peuvent être la conséquence de situations éprouvantes ou de difficultés existentielles.

- **La santé mentale positive** qui fait référence à un état de bien-être mental dépendant de ressources personnelles et collectives (résilience, optimisme, impression de maîtriser sa vie, estime de soi...) qu'il s'agit de développer.

Cette approche multidimensionnelle de la santé mentale invite à dépasser l'appréhension dualiste entre un état normal et un état pathologique. Elle insiste d'abord sur le caractère dynamique de la bonne santé mentale d'un individu, lequel parvient à s'adapter à son environnement, à résoudre ses problèmes et à prendre plaisir dans ses relations avec les autres. Elle rappelle également que « *la santé mentale fluctue sur un continuum, comme la santé physique* ». Le Ministère de la Santé canadien fait valoir que la santé mentale positive et le trouble mental se situent chacun sur leur propre continuum et comportent des degrés minimaux et maximaux aux extrémités. Par exemple, une personne affectée par un trouble mental sévère peut à certains moments se situer dans un état de souffrance psychique faible en raison de sa situation sociale.

A cette approche graduelle et multidimensionnelle s'adjoint donc une approche multifactorielle pour expliquer la situation d'un individu sur ces continuums. Elle met en avant des éléments personnels (gènes, éducation, événements traumatisants), environnementaux (précarité, stress professionnels) et les modes de vie (alcool, tabac, sport, réseau social). La vision de la santé mentale déployée par l'OMS et le Ministère de la Santé est donc axée sur un bien-être « bio-psycho-social » à rebours du prisme de la discipline psychiatrique qui ne prétend traiter que des pathologies. Le concept élargi de la santé mentale nécessite de renouveler les principes des politiques autour des outils de l'autonomisation des malades. Ceux-ci favorisent l'expression des personnes ayant des troubles mentaux afin qu'elles participent à la réforme et à la planification des services de soins dans le sens d'une santé mentale dans le milieu de vie.

Si elle a un sens par rapport au continuum entre état normal et pathologique évoqué plus haut, l'univocité du terme santé mentale pose cependant problème pour dégager les principes d'une nouvelle politique. Cette univocité du terme rend d'une part difficile l'explicitation des différentes dimensions à traiter par les politiques de soins, à savoir le « cure » pour les pathologies psychiatriques et le « care » pour la prévention et la réhabilitation des personnes. D'autre part, elle peut renforcer les perceptions préexistantes de l'opinion publique sur les maladies mentales. En 2001, la perception du « malade

mental » restait en France principalement liée à des critères d'anormalité ou de violence qui justifient une hospitalisation psychiatrique. Les notions de « fou » et de « malade mental » se superposent encore à bien des égards dans l'opinion publique⁶.

La difficulté à dégager les priorités d'une nouvelle politique de santé publique s'explique également par la relative faiblesse des données épidémiologiques sur les troubles mentaux et la détresse psychologique. En France, la dernière étude sur la santé mentale en population générale a été conduite entre 1999 et 2003.⁷ Au regard des statistiques issues de cette enquête, 5 à 7,8 % des Français disent avoir souffert d'Episodes Dépressifs Majeurs (EDM)⁸ dans l'année écoulée. Ce sont davantage les populations jeunes et âgées qui sont touchées. La prévalence d'un EDM apparaît stable dans le temps. A l'inverse, la « dépressivité » (un seul symptôme de l'EDM) aurait triplé en vingt ans selon certaines études pour atteindre 20 % de la population. Cette montée en puissance de la souffrance psychique est analysée comme la conséquence des nouveaux rapports qu'entretiennent les individus avec la norme sociale depuis les années 1970⁹, en même tant que celle d'une fragilisation accrue des individus face au délitement des cadres intégrateurs traditionnels¹⁰.

Ces facteurs circonscrivent une définition de la santé mentale en France autour des troubles mentaux et de la souffrance psychique¹¹. La question centrale reste celle d'un système de soins capable de prendre en charge des individus atteints de pathologies mentales ou en état de souffrance.

Les pouvoirs publics vont d'abord se saisir de la question de la santé mentale sous l'angle des droits des malades mentaux lorsque le premier Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2001-2005 est adopté dans la continuité de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades¹². Le Plan suivant (2005-2008) met l'accent sur l'unification du système de santé autour de ses trois fonctions que sont la prévention, le soin et la réadaptation. L'articulation entre les secteurs est jugée indispensable pour éviter des ruptures de prises en charge. Le dernier plan adopté pour la période 2011-2015 amplifie cette unification du système de

⁶ Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Etudes et Résultats*, n° 116, 2001, p. 4.

⁷ Centre collaborateur OMS, DREES, Enquête Santé Mentale Population Générale, *Etudes et Résultats*, n° 347, octobre 2004.

⁸ Un EDM correspond à la survenance de quatre symptômes de la dépression durant une période de quinze jours selon la classification du DSM IV.

⁹ Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, 1998.

¹⁰ Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard, 1995.

¹¹ Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, juillet 2009.

¹² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

santé en lui donnant une dimension territoriale par un rééquilibrage de l'offre de soins, une dimension environnementale par une dé-stigmatisation des malades et un soutien de leurs aidants, et enfin une dimension épistémologique par la circulation des savoirs.

Le débat sur la santé mentale est difficile à circonscrire tant il interroge sur la part des déterminants sociaux sur les troubles observés, la finalité émancipatoire ou sécuritaire du soin. Pourtant, les évolutions prônées par les plans successifs se rattachent dans une large mesure au mouvement global d'intégration du système de santé.

2. La politique de santé mentale et le modèle d'un système de santé intégré

L'émergence d'une politique de santé mentale s'inscrit dans un mouvement général de reconfiguration des systèmes de santé engagés dans des processus de « ré-institutionnalisation ». Ces processus dont l'objectif est d'intégrer les soins, se fondent sur une approche bio-psycho-sociale centrée sur le patient. Les soins doivent intégrer une dimension curative, préventive et ré-adaptative, être continus, efficaces, et enfin acceptables psychologiquement et socialement pour les usagers. Ce sont ces caractéristiques des soins qui doivent déterminer les caractéristiques des services délivrés : leur polyvalence, permanence, accessibilité ou encore leur acceptabilité. Ces caractéristiques déterminent les principes des organisations de santé et *in fine* les objectifs des politiques de santé¹³.

Les conséquences de ce changement de perspective se déclinent par un rôle plus important accordé aux soins de premiers recours contre la centralité des hôpitaux, une fluidité dans les passages des usagers entre les secteurs sanitaire et médicosociaux et la coordination des politiques sectorielles en matière de prévention. Ils signifient de nouvelles modalités d'expression collective et individuelle du consentement de l'utilisateur dans la relation de soins¹⁴.

Les systèmes de santé doivent aussi s'appuyer sur une analyse populationnelle et territoriale plus fine. L'observation des besoins sociaux et sanitaires par des systèmes d'information conditionne des objectifs stratégiques éclairés. Les administrations veulent

¹³ Blaise P., Dr ARS Pays de la Loire, *Du PRS au système de santé intégré, état des lieux d'une réforme*. Conférence à l'EHESP, septembre 2012.

¹⁴ Allaire F., *Les usagers face aux systèmes de représentation du risque en santé : quelle appropriation du risque en santé : quelle appropriation pour participer aux décisions de santé publique ?* Rennes, Mémoire EHESP, 2008, p. 22-41.

prendre en compte les configurations locales : analyser les ressources et les contraintes des acteurs de terrain permet de mieux piloter les politiques de santé.

L'attention accrue du système intégré à la demande de soins génère des tensions. Les besoins exprimés par les usagers apparaissent illimités, d'où la nécessité pour l'administration de définir les critères de légitimités des besoins. La proximité dans la délivrance des services peut aller à l'encontre de la qualité et de sécurité. L'émergence de parcours de soins, en vue d'une plus grande efficacité des prises en charge, encadre en même temps la liberté de choix des usagers.

Les politiques engagées autour de la santé mentale montrent que celle-ci se présente comme une valeur démocratique qui interroge le système de soins : l'accès équitable à des soins efficaces qui répondent aux besoins des individus et des populations en promouvant leur autonomie et leur participation¹⁵.

La création des Agences Régionales de Santé (ARS) en France par la loi du 21 juillet 2009¹⁶ vise à accomplir cette intégration du système de santé. L'Agence Régionale de Santé se conçoit comme une instance unique d'un pilotage étatique territorialisé. Elle doit ainsi permettre d'agir sur l'ensemble des strates du système de santé : les soins, les services, l'organisation territoriale et enfin sa dimension spécifiquement politique à savoir l'équilibre territoriale de l'offre, la définition des besoins prioritaires, l'équilibre entre cure/care/promotion où la gestion des ressources humaines. Elle doit également intervenir sur les différents secteurs hospitaliers, médicosociaux et de premier recours.

La psychiatrie n'échappe pas aux enjeux de la « ré-institutionnalisation » du système de santé : recomposer le premier recours et accompagner le virage ambulatoire, promouvoir la vie des patients à domicile, apprécier la qualité et l'efficacité des soins délivrés, s'appuyer sur une logique de démocratie sanitaire élargie. Pour autant, certaines particularités de la psychiatrie invitent à réexaminer ces enjeux.

Il faut d'abord rappeler que la psychiatrie a anticipé depuis les années 1960 ce mouvement de « ré-institutionnalisation » sous l'effet de la critique de l'internement asilaire. La naissance de la psychiatrie publique de secteur a pour référence la déconcentration des services de soins dans une aire géographique de recrutement des patients « bien

¹⁵ Plan national Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.

¹⁶ Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

délimitée »¹⁷. Cette psychiatrie publique de secteur, par sa structuration territoriale, la définition réglementaire de ses missions et son héritage idéologique¹⁸, occupe une place originale dans le système de santé français. Par son ancrage territorial et la circulation organisée entre différents services, le secteur de psychiatrie est encore aujourd'hui décrit comme précurseur du point de vue de l'intégration des soins.

Les exigences de sécurité publique et de respect des droits des patients constituent néanmoins des exigences spécifiques pour accompagner le virage ambulatoire de l'ensemble du système de santé¹⁹. Une autre spécificité provient du caractère plus difficilement évaluable de la pratique psychiatrique qui mêle plus que toute autre discipline des dimensions biologiques, psychologiques et sociales, au cours de prises en charge de longue durée²⁰. Enfin, les caractéristiques des populations affectées par des troubles psychiques rendent plus difficiles leur participation démocratique.

Aussi, la psychiatrie est un domaine dans lequel les groupes professionnels sont invités à participer activement à la construction d'une politique territorialisée adossée à un « principe de réalité ». Le recueil d'une expertise d'usage sur les soins, les services et les organisations y est plus nécessaire qu'ailleurs. On entend par expertise d'usage des informations qui ne sont pas codifiables de manière abstraite en vue de fonder la politique de santé. Face à la transversalité du champ de la santé mentale, l'administration de la santé sollicite l'appui des groupes professionnels afin de faire face au défi de l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique intégrée.

3. Les groupes professionnels intégrés dans le pilotage des politiques de santé mentale

Au sein des agences régionales de santé, le principe de participation s'adosse à une démarche de planification de la politique qui se fonde sur une modélisation logique de l'action publique : un diagnostic régional des besoins santé, un plan stratégique formulant les priorités, des schémas régionaux selon les secteurs, des programmes d'action régionaux et territoriaux, des expérimentations et des évaluations. Ces différents éléments fondent le

¹⁷ Circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

¹⁸ Audisio M., *La psychiatrie de secteur, une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980, p. 65-99.

¹⁹ Loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

²⁰ Robert D., « Evaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins », *S.F.P.F. Santé publique*, mars 2007, p. 204.

Projet Régional de Santé (PRS) dont le but est de rationaliser l'action publique par des objectifs globaux ou opérationnels, et de fixer un cadre stratégique pour les acteurs. Le PRS doit être un document visible et appropriable par la communauté des acteurs en santé. Ceux-ci sont représentés au sein de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie²¹, consultée aux différentes étapes de la politique régionale. C'est pourquoi le Plan Santé Mentale et Psychiatrie suggère que la concertation entre professionnels se déroule au sein des CRSA²².

Les groupes professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale sont cependant parfois sollicités dans certaines régions en dehors de la CRSA comme dans cette étude sur le Comité Technique « psychiatrie et santé mentale » en Poitou-Charentes.

Il est alors nécessaire de rappeler la frontière théorique qui séparerait a priori la *consultation* de la CRSA et la *concertation* de l'administration de la santé avec les groupes professionnels. Cette frontière s'appuie sur les travaux d'analyse des politiques publiques. La délibération mise en jeu dans la consultation de la CRSA constitue un mode de décision collective dans lequel la participation du plus grand nombre et l'exigence de consensus accroissent la qualité et la légitimité de la décision²³. La concertation au sein des comités techniques est quant à elle un moyen d'action pour anticiper et résoudre les situations de conflits dans l'action publique entre acteurs publics, professionnels ou citoyens ordinaires²⁴.

Un principe participatif s'oppose ici à un principe d'efficacité managériale dans le cadre d'un fonctionnement en mode projet. Les mécanismes de consultation au sein de la CRSA reposent sur une condition de représentativité des membres par rapport à la question de la santé mentale. Dans un Comité Technique, c'est la position des membres dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale qui justifie leur présence dans l'espace de concertation.

Ces frontières théoriques entre concertation et délibération ne guident pas nécessairement l'animation des espaces dédiés à une « *co-construction* » dans le langage des agences régionales de santé. Cette expression illustre le fait que les agences des différentes régions

²¹ Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 modifié par Décret n° 2012-1331 du 29 novembre 2012.

²² Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015, p.35.

²³ Manin B., « L'idée de démocratie délibérative dans la science politique contemporaine », *Politix*, n°57, 2002, p. 37-56.

²⁴ Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001.

disposent d'une marge de manœuvre importante pour créer des espaces dont les objets et les modalités des discussions peuvent être différents. La formalisation des objectifs des instances par des documents écrits renseigne sur leur substance « théorique », mais ce sont surtout les représentations des différents acteurs qui permettent de comprendre comment la « *co-construction* » est réellement vécue.

4. L'évaluation de la concertation entre les professionnels de la santé mentale

Un triptyque anime l'esprit de la gouvernance des agences régionales de santé : « *concertation, coordination et territoire* » (Directeur ARS Poitou-Charentes). La fonction de la concertation est de créer des liens entre les catégories d'acteurs, entre les différentes politiques sectorielles et entre les différents niveaux de décision.

Pour cette raison, un Comité Technique Régional « psychiatrie et santé mentale » a été mis en place à l'ARS Poitou-Charentes depuis septembre 2012. Les réunions de cette instance associent les professionnels de la santé de l'ensemble de la région, un représentant de la direction de leur établissement sanitaire et deux représentants des usagers. Les objectifs de l'instance sont variés : apporter un pilotage régional de la politique de santé mentale, améliorer l'articulation du parcours patient entre les acteurs du champ sanitaire, du champ médico-social et du champ social.

La mise en place de cette instance n'a pas résulté de la réflexion d'un comité pilotage quant à ses objectifs et modalités de travail. C'est pourquoi l'ARS Poitou-Charentes a souhaité conduire une évaluation de cette instance qui s'appuie notamment sur une analyse des expériences de concertation dans d'autres ARS et d'autres pays.

Au regard du triptyque « *concertation, coordination et territoire* », notre interrogation s'oriente sur la capacité d'une instance spécialisée à participer à une politique transversale de santé mentale. Cette instance spécialisée constitue-t-elle un frein à l'émergence d'une politique transversale de la santé mentale ou manifeste-t-elle une réceptivité accrue des professionnels à une coordination de leurs actions et à l'intégration des soins ?

Répondre à cette interrogation requiert d'adopter une démarche comparative consistant à examiner les expériences de concertations conduites dans d'autres régions et pays. A cette démarche comparative doit s'agréger une analyse historique de la construction du système des soins de santé mentale qui permettra de comprendre les contraintes qui pèsent sur le processus de concertation mis en place en Poitou-Charentes.

Ces considérations relatives à l'environnement de la concertation seront utiles pour éclairer les résultats de notre projet évaluation du COTER « psychiatrie et santé mentale ».

Une analyse réflexive mettra en perspective ces résultats avec l'ambition d'une nouvelle gouvernance en santé mentale affichée par la Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015.

Arnaud LE HENANFF -

1^{ère} PARTIE : RAPPORT DE MISSION SUR L’EVALUATION DU DISPOSITIF DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE DE L’ARS POITOU-CHARENTES

Afin d’apprécier les enjeux attachés à la mise en place d’un dispositif de concertation dans la région Poitou-Charentes, il est nécessaire de porter son regard sur les expériences conduites dans d’autres pays et régions françaises. Une description des problèmes spécifiques à l’offre de soins de santé mentale en France et en Poitou-Charentes enrichit de surcroît la compréhension du cadre dans lequel s’insère le COTER Psychiatrie et Santé Mentale. Après avoir présenté notre méthodologie d’évaluation de cette instance, la formalisation de ses résultats s’accompagnera de l’énonciation de recommandations pour l’instance de concertation en santé mentale à l’ARS Poitou-Charentes.

1.1 L’ENVIRONNEMENT DES DISPOSITIFS DE LA CONCERTATION

Les démarches de concertation sur les politiques de santé mentale se déroulent dans des environnements contraints d’un point de vue institutionnel et culturel. La spécificité de chacune de ces démarches est de prétendre prendre en compte cet environnement afin de le modifier. Celle-ci peut être influencée par un contexte institutionnel fragmenté en Belgique, ou inspirée par des représentations culturelles en Ecosse. Il semble que l’exemple français hésite entre la dimension technique d’une concertation tournée vers la réorganisation de l’offre de soins et l’aspiration à s’élargir dans le cadre d’un débat démocratique sur les missions de la psychiatrie. L’analyse du contexte de la concertation en Poitou-Charentes démontre que certaines spécificités de l’offre de soins en France s’y vérifient avec une plus grande acuité.

1.1 Les itinéraires de la concertation dans la conduite des réformes

Deux itinéraires de réforme sont étudiés dans le cadre du programme européen de recherche sur le rapport entre la production de connaissances et la conduite d’une politique publique²⁵.

²⁵ “Knowledge and Policy”, www.knowandpol.eu, août 2011.

En Belgique, le premier décrit une implémentation de projets thérapeutiques étroitement pilotée par l'administration. L'inadéquation de l'offre de soins aux besoins de la population est pensée comme la conséquence de l'absence de relations efficaces entre les prestataires. C'est pourquoi la réforme est sous la tutelle étroite de l'administration qui cherche à promouvoir une dynamique de concertation « procéduralisée » à plusieurs niveaux. D'un changement dans l'organisation de l'offre de soins doit nécessairement résulter une transformation du contenu des soins délivrés.

En Ecosse, un autre itinéraire est initié par la société civile en dehors des arènes institutionnelles et porte sur les valeurs qu'il faut assigner à la prise en charge des patients. Plus que l'organisation des prises en charge, c'est le contenu des soins qui est discuté dans cette réforme par la construction du concept de réhabilitation des usagers. L'autorité politique reprend à son compte l'opportunité stratégique que représente le changement des valeurs autour de ce concept et le renforce pour provoquer un changement des organisations.

1.1.2 Une politique des procédures : l'itinéraire belge

L'expérience belge ancre la concertation dans des projets thérapeutiques associés à une démarche de « politique basée sur les faits »²⁶. Par l'intermédiaire de la concertation, il s'agit de piloter le déroulement des projets thérapeutiques, réfléchir sur leur réalisation avant d'envisager la généralisation de l'expérimentation.

1.1.2.1 Un dispositif multi-niveaux de concertation

Dans le cadre d'une expérimentation du travail en réseaux et circuits de soins par le biais de projets/pilotes initiés par la « Note relative à la Politique de Santé mentale », soixante dix-huit projets thérapeutiques ont été lancés en 2007. Il s'agit de modifier l'offre de soins afin qu'elle prenne la forme de circuits adaptés aux besoins spécifiques de groupes cibles déterminés, c'est à dire de catégories d'âge et de pathologies spécifiques. Les multiples intervenants engagés dans les projets sont invités à collaborer de manière fonctionnelle afin d'assurer une continuité entre les différentes étapes des parcours de soins. Cette collaboration doit permettre de définir tant les « points communs » que les « chaînons

²⁶ L'expression fait référence au développement en santé publique de « la médecine basée sur les faits » à partir d'essais cliniques systématiques, des méta-analyses et des études transversales de suivi.

manquants » entre les actions des prestataires de soins²⁷. L'efficacité attendue des circuits de soins tient au ciblage populationnel de leur organisation et aux mécanismes de « concertation primaire » ou autrement dit de « concertation thérapeutique » assurés autour du patient, afin de dispenser des soins sur mesure.

Les expérimentations doivent respecter un cahier de la charge strictement défini par l'Institut National Maladie Invalidité (INAMI) et le Service Fédéral Santé Publique (SPF SP). L'INAMI finance le volet primaire des projets thérapeutiques dont le but est d'améliorer les soins que le patient reçoit effectivement. Le SPF SP finance le volet transversal de l'expérimentation dont les missions s'inscrivent davantage dans une réflexion de santé publique : récolte des données, organisation et contenu des soins, développement de normes et directives.

Sur ce volet transversal, des représentants des projets thérapeutiques sont regroupés au sein de sept plateformes de concertation transversales délimitées en fonction de catégories d'âge et des pathologies des patients. Ces plateformes sont pilotées par un collaborateur du SPF SP. Elles ont pour mission d'accompagner les projets thérapeutiques au cours de leur réalisation. Parce qu'elles permettent d'articuler la décision et l'exécution, les plateformes sont un « *lieu de réflexivité en vue de piloter l'action publique en train de se faire* »²⁸. En identifiant les bonnes pratiques en termes de réseaux de soins et de participation des usagers, les membres et les acteurs politiques destinataires des travaux acquièrent une expertise utile en vue de généraliser ces expérimentations. Le rapport final de chaque plateforme à destination du SPF SP clôture les trois années d'expérimentation et comprend des recommandations.

Au sommet du dispositif, le Groupe de travail mixte est un comité de pilotage qui réunit l'ensemble des parties prenantes à l'expérimentation : INAMI, le SPF SP, les représentants des plates-formes de concertation transversale, les associations d'usagers et de proche et le KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins en Santé). Cet organisme se revendique d'une compétence médico-économique appuyée sur une « *médecine basée sur les faits* ». Le Groupe de travail mixte a pour fonction de piloter le processus de concertation au sein des plateformes par la préparation des dossiers, le suivi des réunions, leurs orientations et le calendrier. Il est surtout le lieu où plusieurs sources d'expertise sont mobilisées dans la

²⁷ Demotte R., Ministre des Affaires Sociale et de la Santé Publique, *Note politique relative à la santé mentale*, mai 2005, p.4.

²⁸ De Munck J., Genard J.-L., Kuty O. *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Academia Press, 2003, p 49.

démarche. Ce dialogue doit inspirer le résultat des recommandations rédigées par les plates-formes transversales.

1.1.2.2 Les tensions entre la planification et la mise en œuvre des projets thérapeutiques

L'action publique concertée se déploie à plusieurs niveaux où se jouent une « régulation par le haut » par laquelle les prestataires doivent respecter des exigences administratives strictes et une « régulation par le bas » par laquelle les acteurs de terrain traduisent avec une marge de manœuvre les directives émises²⁹.

Dans leurs recommandations, les plates-formes transversales veulent ainsi légitimer une classification alternative des projets, non en fonction de groupe-cibles par âge ou pathologies mais en fonction des spécificités des prestataires de soins et des collaborations, des partenaires mobilisés³⁰. Cette appréhension de la conduite des projets infléchit la logique de la transformation du système de soins dans un sens pratique. A titre d'exemple, l'obligation d'un diagnostic préalable entrant dans le DSM IV³¹ pour une entrée d'un patient dans le projet est contestée au motif que l'établissement d'un diagnostic demande du temps au soignant ou encore l'obligation de trois interlocuteurs pour conduire une concertation thérapeutique. Les acteurs de terrain se revendiquent le droit de traduire avec une certaine marge de manœuvre les directives contenues dans les cahiers des charges.

1.1.2.2 Un dispositif d'articulation des expertises

La démarche belge mobilise les diverses formes de connaissances nécessaires pour produire une concertation efficace. A l'issue de celle-ci, les informations relatives la mise en œuvre des projets sont de nature à modifier la logique initiale des projets thérapeutiques en vue de leur généralisation.

La mobilisation d'une *connaissance scientifique* est confiée au KCE qui n'intervient qu'au sein du Groupe de travail mixte. Il est chargé d'identifier les mécanismes de coordination qui apportent une plus value en termes de continuité, d'harmonisation et d'adaptation des soins. Au terme de cet examen, il formule des propositions globales de contenus et de

²⁹ Vrancken D., Schoenaers D., Thunus S., « Le champ de la santé mentale en Belgique à l'épreuve de la concertation : de l'innovation politique à la politique de l'innovation », www.knowandpol.eu, septembre 2010, p.8.

³⁰ Vrancken D. et al, *ibid.*, p. 24.-25.

³¹ Le DSM est un manuel publié par la Société Américaine de Psychiatrie qui classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques des troubles mentaux. La cinquième version de ce manuel a été publiée en mai 2013.

formes de soins pour les futurs programmes de soin. Afin d'appuyer ces propositions, le KCE analyse des données enregistrées par les projets thérapeutiques. Enfin, le KCE offre un soutien méthodologique aux plateformes de concertation pour l'organisation de leur travail.

La mobilisation de la *connaissance empirique* est confiée aux professionnels de santé dans les plates-formes transversales : à partir des expériences menées dans le cadre des projets thérapeutiques, il s'agit de dégager des propositions d'orientation en matière de contenu et de formes d'organisation des réseaux de soins. Les associations d'utilisateurs sont également impliquées en récoltant les bonnes pratiques de participation des utilisateurs aux services de soins en santé mentale en Belgique et à l'étranger.

1.1.2.4 Les obstacles à la structuration collective de l'expertise

Ambitieux dans sa prétention réflexive, le dispositif de concertation belge est riche d'enseignements sur les obstacles qui parsèment le chemin de la concertation.

Le premier obstacle pourrait être résumé dans la difficulté à expliciter les enjeux stratégiques autour d'un dispositif qui associe concertation et évaluation des projets. Cet obstacle s'est cristallisé dans la vive controverse à propos de la mission du KCE consistant à enregistrer les données cliniques des projets thérapeutiques : une dynamique de reddition des comptes sur l'efficacité des soins est suspectée derrière cette évaluation sur l'organisation des circuits de soins³². La procédure de concertation est aussi vécue comme l'opportunité de changer les règles des projets plutôt que de réfléchir sur leurs réalisations concrètes. Elle est enfin l'opportunité pour les différents acteurs de se positionner en vue de la réforme à venir.

Le second obstacle est cognitif car il désigne la difficulté à formaliser et à faire circuler les informations entre différents niveaux de concertation. La succession des récits des projets dans les plateformes transversales donne des informations politiquement utiles sur des difficultés structurelles du système de soins : la concertation permet de produire des informations sur le contexte de mise en œuvre la réforme. Il y a cependant une tension irréductible entre la richesse empirique des connaissances produites par la concertation et l'exigence de leur formalisation dans une visée de généralisation, exigence d'autant plus

³² Vrancken D. et al, *ibid.*, p. 25-26.

forte que l'échelon de la concertation est élevé³³. Cette tension est visible au sein du groupe de travail mixte qui ne parvient pas à remplir son rôle de médiation des expertises en présence.

Ce constat rejoint celui de la difficulté à articuler les régimes d'expertises en présence. Chacun a sa propre représentation du problème et conteste la légitimité des connaissances délivrées par les autres. Les pilotes transversaux remettent en cause le statut des informations produites par les usagers, le KCE au titre de son expertise scientifique revendique de droit de travailler en toute indépendance³⁴.

1.1.2 Une politique des valeurs : l'itinéraire écossais

L'initiative du changement en Ecosse revient à un mouvement social des usagers et des professionnels qui cadrent le débat autour du rapport concret entre les usagers et les services de soins, médiatisé par les valeurs d'autonomie et de bien-être. La réforme se structure par une monopolisation de l'expertise autour du concept de réhabilitation promu par ce mouvement.

1.1.3.1 Le dialogue autour de la réhabilitation dans des réseaux informels

Le concept de réhabilitation est une notion extensive qui s'est développée principalement dans le monde anglo-saxon à travers des versions différentes. Cette notion hybride se situe entre la connaissance pratique sur des mécanismes thérapeutiques et les valeurs assignés au système de soins. Elle vise à découvrir les mécanismes et les contextes qui favorisent l'activation de l'autonomie des usagers. L'horizon de la réhabilitation s'appuie sur le récit critique des expériences d'utilisation des services et des effets de « marquage » identitaire induits par celles-ci³⁵ : la médicalisation excessive des existences par le prisme unique du diagnostic est contestée. Ce « concept-valeur » de la réhabilitation permet aux usagers de mettre en avant la revendication de leurs droits et leur implication à tous les niveaux de la planification : avoir un choix diversifié de services, des capacités d'influence sur le soin et le traitement, être rapidement aidée en cas de crise, etc.

Les discussions sur la réhabilitation entre les prestataires de soins, les chercheurs, les travailleurs sociaux, les usagers se déroulent en dehors de l'espace gouvernemental. La

³³ Vrancken D. et al, *ibid.*, p. 34.

³⁴ Vrancken D. et al, *ibid.*, p. 37.

³⁵ Smith-Merry J., Sturdy S., Freeman R. "Recovering mental health in Scotland: "Recovery" from social movement to policy goal", www.knowandpol.eu, September 2010, p.10.

conférence tenue par l'association d'usagers « Visions and Voices » à Dundee est une étape décisive dans cette structuration collective de l'expertise conçue autour d'un partage d'expériences autour des processus de réhabilitation. A la suite de cette conférence, *le Scottish Recovery Forum* est constitué, lequel devient en 2004 le *Scottish Recovery Network (SRN)*. Ce groupe inclut des représentants des groupes d'usagers, des médecins et des travailleurs sociaux. La réhabilitation devient un discours de plus en plus accepté dans la communauté médicale, un « contenant » qui parvient à articuler les convictions que les médecins et les travailleurs sociaux veulent exprimer dans leur travail et de nouvelles méthodes de travail en santé mentale.

1.1.3.2 La reconnaissance et la structuration de la réhabilitation par les pouvoirs publics

Un nouveau programme d'amélioration de la santé mentale et du bien-être a été lancé en 2003 suite au processus de dévolution qui donne de nouvelles compétences au gouvernement écossais. Dans ce moment d'enthousiasme lié à la dévolution des pouvoirs en Ecosse, une opportunité politique inédite se présente pour réorienter la politique de santé mentale³⁶. Le Gouvernement écossais cherche à se faire un nom sur la scène internationale en adoptant un programme innovant et ouvert caractérisé par une consultation publique. La rencontre à la conférence de Dundee entre des personnes-clé qui parsemaient déjà le système politique de la santé mentale est un événement décisif pour expliquer l'officialisation de la réhabilitation. Le *SRN*, devenu le principal véhicule pour mettre à jour le travail sur la réhabilitation, fait donc partie de ce programme en bénéficiant d'une reconnaissance officielle³⁷. Le *SRN* se voit confié les missions suivantes :

- Acquérir une meilleure compréhension de ce qui favorise la réhabilitation, notamment par une revue de la connaissance internationale et du contexte écossais.
- Collecter et disséminer les expériences de réhabilitation au sein des agences nationales et locales.

La *SRN* fonctionne comme un réseau du point de vue du rassemblement horizontal et rapide des informations et des implications très hétérogènes des membres. Son but est de construire une « évidence empirique » sur la réhabilitation. Il se présente comme un réseau

³⁶ Smith-Merry J. et al, *ibid.* p. 32.

³⁷ NHS Scotland, *A Review of Scotland's National Programme for Improving Mental Health and Wellbeing 2003-2006*, 2008.

inclusif, demandant à la communauté soignante d'apprendre sur elle-même, ce qui facilite l'acceptation de la nouvelle norme d'action. La reconnaissance de ce concept par le gouvernement et le financement corolaire du SRN en élèvent aussi le statut³⁸. Le travail du SRN trouve en 2006 un point d'appui dans le rapport sur les soins infirmiers en santé mentale « Rights, Relationship and Recovery »³⁹. Le plan d'action préconisé par ce rapport consacre en effet les principes de structuration des processus de la réhabilitation :

- L'utilisation d'outils de mesure de la pratique courante de la réhabilitation.
- Un cadre national pour la formation des pratiques basées sur la réhabilitation.
- L'évaluation, la documentation et la révision des cadres de soin.

Ce rapport est une étape importante pour diffuser et formaliser une valeur qui était déjà présente dans les pratiques et les éthiques de travail des communautés soignantes. Il impulse une dynamique coopérative nouvelle au système de soins britannique qui nuance l'évolution concurrentielle survenue au cours des années 1990⁴⁰. La réhabilitation s'impose plus aisément dans un système de soins qui a déjà fortement diminué le nombre de lits en psychiatrie et dans lequel la responsabilisation des structures quant à la qualité de leur prise en charge est forte.

L'implémentation du concept signifie pour les métiers de l'accompagnement l'accumulation de nouvelles compétences spécialisées et la création d'une nouvelle référence mobilisatrice. Par le recensement des pratiques courantes, ce concept leur donne aussi une capacité de propositions vis-à-vis des pouvoirs publics⁴¹. La diffusion du concept est cependant beaucoup plus lente dans la profession psychiatrique car elle perturbe leur compréhension beaucoup plus stricte de la relation médecin-patient⁴².

Au fur et à mesure de la structuration des méthodes par l'autorité centrale et de la fermeture de l'agenda politique de la réhabilitation, des résistances apparaissent également dans l'ensemble de la communauté soignante et chez les groupes d'utilisateurs. Ceux-ci regrettent une labellisation administrative du concept qui amoindrit les marges de manœuvre et les capacités d'innovation quotidiennes⁴³.

³⁸ Smith-Merry J. et al, *art. cit.* p. 13.

³⁹ Scottish Executive, *Rights, Relationships and Recovery: The report of the national Review of Mental Health Nursing in Scotland*, Edinburgh, 2006.

⁴⁰ Kerleau M., « les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendance générale et variations nationales », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, 2001, p.69-70.

⁴¹ Demailly L. « Groupes professionnels et pilotage des politiques publiques », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2001, p 124-125.

⁴² Smith-Merry J. et al, *art. cit.* p. 23-24.

⁴³ Smith-Merry J. et al, *ibid.* p. 24.

1.1.3.3 L'appropriation de la réhabilitation par un indicateur : le SRI

Les objectifs de la réhabilitation se formalisent par un indicateur d'auto-évaluation, le Scottish Recovery Indicator (SRI), que les services de soins remplissent par un formulaire en ligne. Il s'agit avec cet indicateur de mesurer l'ampleur des pratiques de réhabilitation du point de vue de l'effectivité des droits, des soins personnalisés et de la réalisation du potentiel de l'utilisateur. L'indicateur se décline en dix sous-critères d'évaluation des prises en charge qui modélisent par conséquent le contenu des prises en charge⁴⁴. Afin de construire un résultat objectif, la collecte d'informations doit s'appuyer sur six sources d'informations : les évaluations de la situation du patient, les plans de soins, les prestataires, les usagers, etc.

Cet outil est présenté comme une alternative aux audits de contrôle : il constitue une aide cognitive aux services pour s'approprier la démarche de réhabilitation. La trame de l'évaluation requise, par les questions qu'elle induit, est censée faire mieux comprendre les mécanismes de la réhabilitation. La procédure permet aux structures de donner des preuves du travail effectué en matière de réhabilitation⁴⁵. Elle bureaucratise en même temps le concept qui oscille entre un modèle heuristique de changement et un modèle de management à la performance par une responsabilisation accrue des individus acteurs de la prise en charge⁴⁶.

1.2 Les spécificités de l'offre de soins psychiatriques en France

La concertation se déroule en France dans un environnement incertain autour des fonctions assignables à la psychiatrie, fragmenté autour de la structuration de l'offre de soins, et conflictuel au regard des savoirs jugés pertinents pour répondre aux problèmes actuels. Le champ de la santé mentale peine à s'unifier au regard de ces éléments, d'où l'exigence faite aux procédures de concertation de faire émerger un débat public qui vise à expliciter ces contraintes.

⁴⁴ Scottish Recovery Network, *SRI 2: Promoting Recovery Focused Delivery Services*, octobre 2011.

⁴⁵ Smith-Merry J. et al, *art.cit.* p. 20.

⁴⁶ Smith-Merry J. et al, *ibid.* p. 25-26.

1.2.1 L'évolution incertaine du champ de la psychiatrie

Les demandes sociales de soins se sont élargies vers des directions contradictoires. La psychiatrie est chargée de gérer le mal-être ordinaire comme des situations de crise aiguës⁴⁷. L'émergence du champ transversal de la santé mentale manifeste la nécessité d'une psychiatrie déployée dans les milieux de vie des patients, à l'écoute des problèmes sociaux. La croissance des files actives dans les services psychiatriques renforce la nécessité d'un redéploiement de la psychiatrie hors de ses frontières initiales. A cet égard, la reconnaissance de l'implication active des malades dans l'organisation des soins change les positions et missions assignées à la psychiatrie⁴⁸.

Parallèlement, le développement des neurosciences⁴⁹ et les processus de rationalisation du système de soins conduisent au rapprochement du secteur psychiatrique avec les principes de gestion de l'activité en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)⁵⁰. Les neurosciences, dans leur prétention à expliquer les conduites et les états d'âmes, sont critiquées pour leur réductionnisme dans une partie de la communauté médicale. De surcroît, l'introduction du recueil d'informations médicalisées pour la psychiatrie vise à introduire la codification de l'activité de soin en séquences enregistrées, la standardisation des critères d'admission et donc la fiabilisation des données. L'idéal d'un diagnostic fiable émerge, articulé à une médecine des preuves et induisant des arsenaux thérapeutiques⁵¹.

La profession de la psychiatrie fait donc face à deux exigences contradictoires : rationaliser les pratiques et en même temps les changer par une désinstitutionalisation achevée qui signifie un changement des postures et la réorganisation des modalités du travail médical.

A cette nouvelle tension s'ajoute l'ambiguïté traditionnelle sur la frontière entre le soin et l'enfermement, comme l'illustrent les questions relatives à l'organisation des soins dans le milieu pénitentiaire. La distribution des pathologies psychiatriques dans les prisons est plus fréquente qu'ailleurs si bien que l'on peine à dépasser la confusion entre hôpital

⁴⁷ Pour une approche épidémiologique de la santé mentale : Kovess-Masfety V., *la santé mentale : l'affaire de tous*, Paris, La Documentation française, 2010.

⁴⁸ Couty E., Rapport au Ministre de la Santé et des Sports, *Organisation et missions de la santé mentale et de la psychiatrie*, janvier 2009, p.20.

⁴⁹ Les neurosciences désignent l'étude du système nerveux. Elles sont à la croisée des sciences biologiques, médicales, psychologiques et chimiques.

⁵⁰ La psychiatrie est la seule discipline médicale qui n'est pas financée par la tarification à l'activité.

⁵¹ Bélart C. et Dembinsky O., « Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie » dans Demailly L. et Autès M. (dir), *La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses*. Paris, Armand Colin, 2012.

psychiatrique et prison, ainsi qu'entre les fonctions de la psychiatrie et celles de la justice⁵².

1.2.2 La diffusion problématique des innovations

Dans le champ de la santé mentale, le corpus des savoirs est divisé entre plusieurs théories de l'homme malade et des pratiques différentes pour y répondre. Plusieurs modèles peuvent prétendre rendre compte des troubles psychiatriques et être une source particulière d'innovation. Il est par conséquent difficile d'invoquer une expertise commune reposant sur des connaissances scientifiques cumulatives faisant consensus dans la communauté médicale⁵³. Ce consensus est pourtant nécessaire pour définir les données d'une base épidémiologique fondant la politique de santé mentale, de même que des indicateurs permettant d'apprécier la prise en charge par le système de soins. La santé mentale souffre en même temps de la faiblesse de la recherche en sciences humaines et sociales alors que le modèle de réadaptation insiste sur les interactions du sujet avec son environnement social.⁵⁴

Le système français est en outre caractérisé par l'absence de canal institutionnel capable de collecter et diffuser les innovations thérapeutiques mises en œuvre localement, notamment les démarches de réadaptation psycho-éducatives, etc. Cette diffusion passe également par des dispositifs de gestion capables d'opérationnaliser les innovations dans les établissements. La recherche clinique sur des dispositifs types est faible. Les innovations organisationnelles dans les dispositifs de coordination ou le fonctionnement d'équipes psychiatriques sont insuffisamment formalisées, décrites et évaluées.

1.2.3 Une offre de soins fragmentée

L'accès aux soins psychiatriques s'effectue en France par différents modes d'entrée. Le patient en souffrance pourra être orienté par son médecin généraliste vers un psychiatre libéral ou vers un Centre Médico-Psychologique (CMP) qui à son tour pourra orienter le

⁵² Roelandt J-L., « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soin et enfermement », *L'information psychiatrique*, n° 85, 2009, p. 525-535.

⁵³ Dembinsky O. « L'innovation en psychiatrie entre militantisme et pragmatisme » in Demailly L. (dir.), *ibid.* p.166.

⁵⁴ Haut Conseil de Santé Publique, Rapport, *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, octobre 2011, p. 172.

patient vers une structure d'hospitalisation. Il arrive également que d'autres structures non spécialisées orientent les patients, qu'il s'agisse de centres hospitaliers, cliniques ou Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). On distingue généralement trois grands modes de prise en charge :

- L'ambulatoire : il définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en CMP qui sont des unités d'accueil et de coordination des soins qui agissent à tous les niveaux de la prise en charge.
- La prise en charge à temps partiel : elle s'effectue via des structures diverses et plus moins médicalisées.
- La prise en charge à temps complet : elle est réservée aux cas les plus graves, elle se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein.

Bien que le nombre de lits ait fortement diminué depuis la fin des années 1970, l'organisation des soins psychiatriques reste encore aujourd'hui « hospitalocentrée » : dans le mouvement de désinstitutionnalisation, la médecine ambulatoire a trop souvent été perçue comme une excroissance de l'hôpital, avec un rôle résiduel, alors que la logique aurait dû être inverse⁵⁵. Ce centre de gravité de l'organisation des secteurs autour de l'hôpital induit une vision patrimoniale de ceux-ci, laquelle nuit à une démarche de concertation.

La césure historique du système français entre les soins de ville et les soins à l'Hôpital se vérifie avec des psychiatres exerçant en libéral peu impliqués dans la coordination des parcours. La démographie des psychiatres libéraux est pourtant majoritaire et très inégalement répartie sur le territoire. A cela il faut ajouter la montée en puissance des établissements médico-sociaux au titre du handicap psychique. Ceci induit un renforcement nécessaire des liens du secteur psychiatrique avec le secteur médico-social pour assurer des formations des personnels, des visites de psychiatres, l'orientation de patients handicapés psychiques vers ces structures.

Cette fragmentation de l'offre la rend moins visible que celle du secteur MCO pour les professionnels et la population, ce qui complique le repérage des besoins, l'orientation des patients vers les structures adéquates et surtout la continuité des prises en charge. Les parcours de soins chaotiques se traduisent en effet par des séjours hospitaliers répétitifs, trop longs par manque de solutions en aval, lesquels conduisent à une saturation anormale

⁵⁵ Cour des comptes, Rapport public thématique, *L'organisation des soins psychiatriques, les effets du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, décembre 2011, p. 128.

de l'offre en hospitalisation complète⁵⁶. Cette saturation de l'offre hospitalière s'explique également par une répartition très inégale des lits et des psychiatres selon les territoires.

La réflexion sur l'organisation décloisonnée de l'offre de soin ne peut être séparée de la réflexion sur une stratégie de santé publique fondée sur une connaissance épidémiologique de la morbidité et des facteurs de risque associés. Or cette connaissance n'est pas encore suffisamment structurée en France. A titre d'exemple, un seul des quatre objectifs de diminution des pathologies fixés par la loi du 9 août 2004 a été suivi, les autres pathologies ne faisant pas l'objet d'une définition consensuelle permettant un recueil des données⁵⁷. Cette conflictualité autour des objectifs d'une politique de santé publique qui déborde du champ strictement médical renforce l'idée qu'elle doit nécessairement s'appuyer sur une démocratisation de ses procédures d'élaboration⁵⁸.

1.3 L'organisation de la planification et de la concertation en santé mentale en France

L'organisation des soins détermine le cadre et la fonction des espaces de la concertation sur la santé mentale. Si les territoires sont le cadre de définition des projets de soins en fonction des besoins locaux, la région est progressivement devenue le niveau de pilotage de la politique de santé mentale en rapport avec la régulation de l'offre de soins. Mais c'est au niveau des villes que se structure la politique de santé mentale dans sa dimension transversale et opérationnelle, ceci par le biais des conseils locaux de santé mentale.

1.3.1 Du découpage sectoriel à l'émergence des territoires de santé

La mise en place du dispositif sectoriel défini par la circulaire du 15 mars 1960 a consisté à diviser chaque département en un certain nombre de secteurs géographiques « *à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale⁵⁹ devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin, la surveillance de postcure* ». Les secteurs de psychiatrie générale correspondent ainsi à des aires géographiques

⁵⁶ Cour des comptes, *ibid.* p 31.

⁵⁷ Cour des comptes, *ibid.* p 85.

⁵⁸ Autès M., « Psychiatrie et santé publique », in Demailly L. (dir.), *op.cit.* p. 164.

⁵⁹ Le terme « médico-social » renvoie ici dans l'esprit de la circulaire du 15 mars 1960 à l'extrahospitalier.
Arnaud LE HENANFF -

couvrant une population de 70 000 habitants en psychiatrie générale. La psychiatrie a initié l'idée d'une offre conçue comme un programme théorique d'organisation départementale fondée sur l'identification de « *plusieurs secteurs géographiques* » tenant compte de « *la situation démographique et économique du département* »⁶⁰. Dans la mesure où elle met en place un dispositif extrahospitalier dans lequel l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur, la circulaire du 15 mars 1960 constitue la base juridique du mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie en France, qui cherche à séparer le soin de l'enfermement. Reposant sur des échelons de recours bien identifiés, des aires géographiques permettant une circulation optimisée des patients, une forte tradition de concertation clinique entre les professionnels, le secteur de la psychiatrie a pu être considéré comme pionnier dans l'intégration du système de soins.

Mais peu à peu, la sectorisation a perdu son caractère de planification fonctionnelle pour être un programme d'équipement peu en prise avec les réalités territoriales. La permanence des normes égalitaires de répartition des populations depuis 1960 selon les secteurs n'a pas permis de prendre en compte les variations des besoins des populations : les secteurs sont à la fois peu homogènes et non complémentaires entre eux⁶¹. De nombreux secteurs ruraux sont caractérisés par une faible variété des structures alors que les secteurs urbains bénéficient d'un plus grand nombre de moyens et de modes de prise en charge. L'exigence d'adaptation des secteurs s'accroît également du point de vue de l'organisation commune des prises en charge avec les structures médico-sociales dont les services sont organisés au sein des territoires de proximité.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a entamé un mouvement de reterritorialisation de la psychiatrie qui vise à définir des niveaux adéquats de découpage des activités de soins affranchis des dimensions administratives des régions et des départements. La définition des territoires de santé est conçue comme un opérateur de décloisonnement entre les différentes activités du système de soins. Il s'agit du niveau de recours où se développent des unités intersectorielles sur des problématiques transversales telles que l'addictologie, la « psycho-gériatrie », la dépression, etc. Des réseaux et pôles assurent la convergence avec les soins somatiques.

⁶⁰ Massé G., Vigneron E., « Territorialité et santé mentale », *Pluriels*, n° 60, 2006, p.2.

⁶¹ Massé G. et al, *art. cit.* p.3-4.

Le secteur psychiatrique reste cependant le concept opératoire⁶² pour décrire l'ensemble des activités de soins sous la responsabilité fonctionnelle d'un établissement de référence. Ces activités sont organisées sur quatre niveaux de recours :

- La proximité qui correspond aux activités du secteur mentionnées la circulaire du 15 mars 1960.
- Le territoire de santé où doit être organisée la mutualisation de moyens, l'intersectorialité, les urgences, les liens avec les soins somatiques hospitaliers.
- Le département ou la région pour certains thèmes cliniques, les services en milieu carcéral.
- La région pour des soins très spécialisés, des centres de référence (autisme...) ou des centres ressources régionaux (prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles, les Unités pour Malades Difficiles (UMD)).

Dans cette organisation, la région correspondrait à la planification stratégique qui met en rapport l'offre de soins avec les évolutions des besoins, le territoire à la planification tactique de mise en œuvre des orientations par rapport aux ressources et contraintes des acteurs sanitaires, le département et l'agglomération aux relations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.⁶³

L'atteinte de cet idéal est néanmoins entravée à l'heure actuelle par l'absence de description exhaustive par le législateur des missions et activités du secteur psychiatrique.

1.3.2 Les légitimités de la territorialisation autour de la santé mentale

Les contours de la politique de santé mentale se dessinent actuellement autour des ARS, chargées notamment de décliner les plans nationaux. Celles-ci définissent les cadres stratégiques de ces politiques par les outils de la planification sanitaire⁶⁴. Pourtant, à

⁶² L'article 3221-4 du code de la santé publique ne détaille pas l'ensemble des modalités d'implantation et de fonctionnement spécifiques à l'activité psychiatrique. Les services et équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui luttent contre les maladies mentale sont rattachés à l'établissement autorisé responsable du secteur.

⁶³ Massé G. et al, *art.cit.* p. 7.

⁶⁴ Le plan régional, la définition des territoires de santé pertinents, le volet psychiatrie du SROS, document opposable aux établissements, le financement et l'évaluation des actions de promotions de la santé, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, etc.

Arnaud LE HENANFF -

l'épreuve de l'implémentation des choix définis dans les plans stratégiques, le SROS s'avère moins efficace pour la psychiatrie que pour le secteur MCO.⁶⁵

Les territoires de santé sont en effet conçus comme des espaces intermédiaires où les acteurs sanitaires et médico-sociaux sont invités à traduire de manière autonome ces orientations stratégiques. Or, les degrés de structuration de ces espaces « ascendant/descendant » de mise en œuvre sont très différents selon les régions. Ils dépendent des ressources en démographie médicale des bassins de vie, des relations entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de leur réceptivité vis-à-vis de l'objet transversal du concept de santé mentale. Ils dépendent aussi de la culture de projet présente dans les différents secteurs, laquelle n'est pas sans rapport avec l'ampleur de leurs moyens et la diversité des modes de prise en charge à leur disposition⁶⁶.

Le poids de l'attachement des psychiatres aux secteurs identifiés autour de pratiques thérapeutiques placent pour le moment les agences dans une situation délicate pour initier la concertation. La territorialisation d'une politique qui réclame un décloisonnement autour d'une clinique psycho-sociale est très dépendante de l'acceptation du concept de la santé mentale par les médecins, dont certains pensent que la psychiatrie reste une médecine et que son objet porte sur la pathologie⁶⁷.

C'est finalement au plus près des milieux de vie dans les conseils locaux de santé mentale (CLSM) que le champ de la santé mentale se construit progressivement avec le plus d'acuité. Ces espaces décentralisés initiés par les élus locaux se sont développés dans certaines agglomérations. Ils s'inscrivent dans le sillage de la politique de secteur dans la mesure où la circulaire du 9 mai 1974 les cite comme « *le véritable creuset de la sectorisation* » devant « *permettre d'établir des liaisons avec les médecins traitants, les travailleurs sociaux, etc.* ». N'ayant pas de cadre réglementaire, ces espaces prennent des formes diverses : des partenariats ponctuels à visée pédagogique (type forum-débats), des réseaux interprofessionnels (par pathologie ou public-cible), des plateformes collectives de concertation et d'élaboration de projets, des cellules de gestion de situations individuelles complexes⁶⁸. Ces CSLM sont un point de convergence de plusieurs aspirations : ils reprennent la philosophie du secteur déployant une prise en charge globale des individus et répondent au souhait des acteurs de l'intervention sociale qui souhaitent faire appel à des

⁶⁵ Chéronnet H., Rhenter P. « Les ambiguïtés de la nouvelle territorialisation » in Demailly L. (dir.), *op. cit.* p. 143.

⁶⁶ Philippe S., « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale ». *Revue française de science politique*, n°56, 2004, p.328.

⁶⁷ Philippe S., *ibid.* p.322.

⁶⁸ Rhenter P., « Les conseils locaux de santé mentale », *Pluriels*, 2011, n°87, p.2.

compétences psychiatriques. Ils permettent enfin aux usagers d'être impliqués activement dans la définition de l'organisation des soins de la cité. L'Etat veut actuellement favoriser ce mouvement de décentralisation de la politique de santé mentale puisque Madame la Ministre de la Santé, a annoncé en mars 2013 le doublement prochain de leur nombre qui est actuellement de 63⁶⁹.

1.3.3 Un cadre instable de la concertation au niveau régional

La circulaire du 14 mars 1990 avait promue une planification associée à une concertation deux niveaux : celui stratégique du département s'appuyant sur un conseil départemental de santé mentale, et celui opérationnel du secteur. Les secteurs sont apparus rapidement un espace de programmation des structures et des équipements dont la taille est rapidement apparue trop réduite pour construire une offre diversifiée, d'où l'émergence de l'intersectorialité assurée dans les territoires de santé.

Les conseils départementaux de santé mentale ont été remplacés selon un décret du 6 mai 2005 par les Commissions Régionales de Concertation en Santé Mentale (CRCSM) pilotées par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Les catégories et les nombre de membres de cette « *commission représentative des acteurs, décideurs et parties prenantes de la politique de santé mentale* » participant à ces commission étaient mentionnés de manière exhaustive par le décret. Leurs travaux devaient être communiqués à la conférence régionale de santé⁷⁰. Les impulsions des instances centrales de pilotage du Plan Santé mentale 2005-2008 étaient relayées par des correspondants régionaux désignées dans les Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociale (DRASS) ou les ARH, lesquels devaient coordonner une équipe de projet « opérationnelle ». Sans qu'il y ait eu de bilan national, ce réseau de correspondants régionaux s'est effacé en 2007⁷¹.

La logique de la loi HPST tend à intégrer la concertation sur la santé mentale dans le cadre général de la démocratisation de la politique sanitaire par l'intermédiaire des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Pour cette raison, les CRCSM n'ont pas été reconduites au sein des ARS. La concertation en santé mentale n'a donc plus de cadre réglementaire spécifique depuis 2009. Toutefois, certaines ARS ont recréé de nouvelles

⁶⁹ L'ARS Ile de France a établi un cahier des charges des CLSM qui en définit les missions, la gouvernance et les articulations avec les Contrats Locaux de Santé et la politique de la ville, www.ars.iledefrance.sante.fr

⁷⁰ Décret en Conseil d'Etat 2005-434 du 6 mai 2005.

⁷¹ Cour des comptes, *op. cit.* p. 80.

commissions de concertation dont le périmètre, notamment du point de vue de l'implication des associations d'usagers et des professionnels libéraux, est variable⁷². L'absence « *d'orientations claires* »⁷³ sur le centre de gravité à instituer dans les instances de concertation étaye l'idée que la santé mentale est encore un objet politique en construction dont l'Etat n'a pas délimité les contours. Le Plan Psychiatrie et Santé mentale évoque « une commission régionale de concertation avec des représentants des usagers et des professionnels et les élus, au mieux une sous-commission de la CRSA »⁷⁴. En conséquence, il est nécessaire de se référer au travail de concertation conduit dans chaque région et de développer une analyse contextualisée des instances mises en place.

1.4 Le contexte de la concertation dans la région Poitou-Charentes

Pour avoir une finalité stratégique, la concertation dans la région doit s'appuyer sur l'explicitation des différents paramètres qui déterminent la santé mentale de la population. La diversification de l'offre de soins, l'appréhension des besoins de soins dans la population générale et l'analyse des recours aux soins effectifs sont les déterminants d'une politique globale de santé mentale.

1.4.1 Une diversification de l'offre de soins inachevée

La région Poitou-Charentes a accompagné depuis 2001 le mouvement national de réduction du nombre de lits en hospitalisation complète. Cette baisse a été en partie compensée par une hausse du nombre de lits en hospitalisation partielle. La diminution du nombre de lits en hospitalisation complète n'a pas cependant conduit à une baisse du nombre d'entrées en hospitalisation complète, surtout en psychiatrie infanto-juvénile. Elle s'est surtout traduite par la réduction sensible de la durée moyenne des séjours⁷⁵.

Le poids des prises en charge en hospitalisation complète est moins important dans la région qu'en France, avec un taux de 6 % contre 11 % en 2008, alors qu'il était de 13 % en 2003⁷⁶. Un important travail d'organisation de la prise en charge des urgences, relevé

⁷² Haut Conseil de la Santé Publique, *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*, p.150-151.

⁷³ Cour des comptes, *ibid.* p.137.

⁷⁴ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, p. 35.

⁷⁵ ORS Poitou-Charentes, *Panorama de la santé 2010*, Offre hospitalière : psychiatrie, avril 2010.

⁷⁶ Direction de la Recherche, de l'Evaluation Et des Statistiques (DREES), indicateur « Modes de prise en charge en psychiatrie », www.score-sante.org

par l'Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes (ORS)⁷⁷, peut expliquer cette répartition favorable. L'ORS relève également un maillage important du territoire quant à l'offre de soins ambulatoires en centre médico-psychologiques (CMP), pivot des secteurs, ainsi que pour l'offre de prises en charge en centre d'accueil thérapeutique (CATTP).

La démographie des psychiatres hospitaliers a baissé de 10 équivalents temps plein entre 2005 et 2007, évolution qui participe à une densité défavorable des médecins psychiatres, hospitaliers et libéraux. Le nombre de consultations ou visites annuelles en psychiatrie libérale pour 1000 habitants a ainsi reculé entre 2005 et 2010 de 158 à 149 pour 1000 personnes, pour être beaucoup plus faible que dans les régions limitrophes⁷⁸.

Cette faiblesse de l'offre en psychiatrie libérale, particulièrement hors des agglomérations, est à rapprocher de l'indice comparatif de recours à l'hospitalisation pour des troubles mentaux⁷⁹ qui plaçait en 2009 la région au-dessus de la moyenne nationale (119 contre 100). La répartition des psychologues libéraux, moins déséquilibrée dans les départements du sud de la région⁸⁰, ne compense que partiellement ce déficit. En définitive, la région n'échappe pas à un phénomène national de répartition inégale de la psychiatrie libérale non-compensée, voire renforcée par la pénurie de médecins-psychiatres hospitaliers.

Les places dans les établissements médico-sociaux prestataires de soins psychiatriques sont aussi beaucoup moins nombreuses que dans d'autres régions de taille comparable. A titre d'exemple, la région Poitou-Charentes ne dispose que de 591 places dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) contre 769 dans la région Limousin. Ce manque de solutions de placement en aval peut expliquer la survalorisation du recours à l'hospitalisation pour des troubles mentaux⁸¹.

1.4.2 Les données de prévalence des pathologies mentales

Le suicide est un indicateur de la santé mentale avancé dans le plan stratégique régional. L'indice comparatif de mortalité (ICM) prématuré par suicide est en effet élevé, avec un chiffre en 2008 de 117 contre 100 pour la France hexagonale⁸². En revanche, l'ICM

⁷⁷ ORS Poitou-Charentes, *ibid.* p. 2.

⁷⁸ DREES, indicateurs « Densité de médecins spécialistes par spécialité » et « Consultations, auprès des spécialistes et des sages-femmes », www.score-sante.org

⁷⁹ DRESS, Statistique annuelle du PMSI, se référer à l'indicateur « indice comparatif de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux », www.score-sante.org

⁸⁰ ORS Poitou-Charentes, *Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes*, avril 2010, p. 23.

⁸¹ L'indice comparatif est de 119 contre 100 au niveau national, www.score-sante.org

⁸² Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), www.score-sante.org

prématuré par troubles mentaux ne révèle pas d'écart significatif. Les plus forts taux de mortalité par troubles mentaux sont observés dans le centre de la région⁸³. Mais ces taux restent insuffisants pour apprécier la prévalence des pathologies mentales qui ne sont que très rarement directement létales, bien que souvent associées à une surmortalité importante pour d'autres causes (mort violente, cancer, cirrhose) dans les cas de comorbidité⁸⁴.

Les « affections psychiatriques » manifestent de manière plus évidente la prévalence des troubles mentaux car elles constituaient pour la période 2004-2006 le sixième motif d'admission en affection longue durée dans la région et le premier chez les moins de 35 ans. La représentation cartographique du taux de nouvelles admissions montre également une concentration dans le centre et le sud de la région⁸⁵. Cette concentration ne correspond pas aux zones déficitaires en professionnels des soins primaires.

Les enquêtes épidémiologiques sur la santé mentale de population générale, au-delà des pathologies prises en charge, sont rares. En 2002, une enquête nationale montrait que 28 % des habitants du Poitou-Charentes étaient susceptibles de présenter au moins un trouble de santé mentale au moins une fois dans leur vie. Cette prévalence était plus élevée en France métropolitaine avec 32 %⁸⁶. Une attention particulière des études est accordée aux jeunes âgés de 15 à 25 ans, population qui s'avère être l'objet privilégié des plans de prévention et de promotion de la santé mentale. 8 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans auraient souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année 2004.

La connaissance sur les facteurs du risque suicidaire s'est affinée au cours des dernières années en relevant des causes liées à la situation socio-économique de la personne, à ses comportements de santé ou à des événements traumatisants⁸⁷. Les diagnostics territoriaux mêlant données sanitaires et données sociales sont également apparus dans certaines agglomérations. Les concentrations des taux de bénéficiaires du régime des affections de longue durée concernent par exemple les cantons ruraux et âgés, caractérisés par un fort taux d'allocataires de minima sociaux⁸⁸.

⁸³ ORS Poitou-Charentes, *ibid.*, p. 31.

⁸⁴ ORS Poitou-Charentes, « Les troubles mentaux », *Panorama de la santé 2010*, avril 2010.

⁸⁵ ORS Poitou-Charentes, *Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes*, p. 38.

⁸⁶ ORS Poitou-Charentes, « Les troubles mentaux », *art. cit.*, données recueillies à partir de l'enquête nationale menée en 2002 : Santé mentale en population générale. DREES, *Etudes et résultats*, n° 347, octobre 2004.

⁸⁷ ORS Poitou-Charentes, « La santé mentale ressentie en Poitou-Charentes : d'après les données du Baromètre Santé 2000 », septembre 2002.

⁸⁸ ORS Poitou-Charentes, *Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes*, p. 41.

1.4.3 Le recours aux soins de santé mentale : l'analyse des files actives des secteurs

L'évolution des systèmes d'information sur les données d'activité et les diagnostics réalisés dans les établissements pourrait permettre de conduire une réorganisation de l'offre de soins. Du fait des investissements humains et financiers importants, la fiabilisation d'un enregistrement centralisé n'est cependant pas encore acquise dans certains établissements⁸⁹.

En 1999, le rapport de l'ORS Poitou-Charentes sur les files actives des secteurs de trois départements de la région, illustre l'hétérogénéité des prises en charge selon les secteurs. Les différences des prises en charge à temps complet correspondaient à des écarts importants de recrutement des pathologies à âge et sexe identique. Les volumes globaux d'activité des treize secteurs analysés et le ratio des patients mono-actes variaient aussi de manière importante⁹⁰. Outre la qualité des codages, les différences constatées posaient la question des critères d'inclusion dans les files actives, de la spécialisation des secteurs dans quelques pathologies spécifiques qui conduiraient à des migrations intersectorielles de patients.

1.4.4 Les objectifs de la politique régionale en santé mentale

La politique régionale se structure progressivement en déclinant ses priorités sur le traitement de risques de santé mentale qui affectent une large partie de la population. Les acteurs de terrain ne souscrivent pas nécessairement à une vision aussi large de la politique de santé mentale dont ils soulignent les moyens limités.

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) élaboré en 2005 a identifié deux thématiques en rapport avec le champ de la santé mentale : les addictions et le suicide. Le PRSP adopte une approche transversale et populationnelle qui intègre la santé mentale dans les axes de promotion de la qualité de vie au quotidien et au travail, du « bien grandir » au « bien vieillir ». L'apport du PRSP a consisté dans la mutualisation des actions de prévention des DRASS/DDASS, de l'URCAM et des caisses MSA. Toutefois, l'intégration des conseils généraux à la politique de santé publique auprès des personnes âgées est faible⁹¹. La mise

⁸⁹ Bélart C. et Dembinski O, « Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie » in *La politique de santé mentale en France, op. cit.*, p. 93.

⁹⁰ ORS Poitou-Charentes, *Analyse de la structure des « files actives » des secteurs de psychiatrie publique de trois départements de la région Poitou-Charentes*, décembre 1999, p. 13.

⁹¹ Les Ateliers du développement, *Evaluation intermédiaire du Plan Régional de Santé Publique*, Groupement Régional de santé Publique, juin 2009, p. 5.

en œuvre du PRSP a mis en lumière les enjeux relatifs au niveau régional ou infrarégional de « l'instruction » du PRSP dans des groupes thématiques. Le niveau régional permet d'éviter les doubles financements, de créer un effet de levier, évite des besoins non-couverts. Le niveau infrarégional permet quant à lui une meilleure coopération interinstitutionnelle, la prise de décision à la bonne échelle et une place reconnue à l'animation de projets.⁹²

En décembre 2011, l'ARS Poitou-Charentes arrête son Projet Régional de Santé, dont la sixième priorité du plan stratégique porte sur « la santé mentale et les morts violentes »⁹³. Cette priorité de santé publique associe le suicide, les risques psychosociaux, les pathologies mentales et les morts violentes par accidents de la circulation comme des conduites à risques auxquelles certains groupes de populations ne doivent pas être exposés.

2. LA METHODE D'EVALUATION D'UN PROCESSUS DE CONCERTATION

Evaluer le changement apporté par un espace de concertation est complexe dans la mesure où la référence que son promoteur cherche à atteindre n'est pas toujours explicité ni objectivable. Un travail d'observation des expériences conduites dans d'autres régions s'avère donc nécessaire afin d'en esquisser plus précisément les attendus, le contexte de déroulement et les organisations mises en place. Ces expériences mettront en perspective la méthodologie d'évaluation retenue pour le COTER « psychiatrie et santé mentale » de l'ARS Poitou-Charentes.

2.1 Les exemples des concertations conduites dans d'autres régions

L'investissement ancien d'une région dans le domaine de la santé mentale s'observe au regard de sa capacité à solliciter une participation technique restreinte dans des thématiques précises qui intègrent le contenu des soins délivrés. Pour une région nouvellement investie, l'objectif est d'abord de créer des espaces d'une participation élargie en vue de stabiliser les frontières du champ de la santé mentale, de cadrer l'objet de la concertation et de solliciter une expertise d'usage sur les dispositifs existants.

⁹² Les Ateliers du développement, *ibid.*, .p.18-19.

⁹³ Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes, décembre 2012, p. 13.

2.1.1 Les exemples d'instances de concertation à vocation technique

Lorsque l'instance se définit comme technique, la lettre de mission de l'animateur de l'ARS décline les missions et le périmètre attendu de l'instance régionale. L'instance se présente comme un espace de programmation de l'action en santé mentale.

2.1.1.1 L'articulation entre l'expertise et la programmation de l'action régionale.

Un programme régional de santé mentale est l'ensemble des actions mises au point par l'ARS dans le but d'améliorer les conditions de santé mentale de la population. Il repose sur une dynamique séquentielle d'action publique qui va au-delà du cadre stratégique du projet régional de santé : un diagnostic des problèmes existants doit justifier les actions à mettre en place, en envisageant les ressources nécessaires, le calendrier prévisionnel de réalisation et les conditions de mise en œuvre ainsi qu'un projet d'évaluation de l'impact du programme. Les régions anciennement investies dans la santé mentale développent une programmation formalisée de leur action dans laquelle les professionnels de la santé sont associés dans une perspective de « co-construction ».

Dans cette démarche de programmation, le rôle de l'expertise mobilisée dans les instances est de préciser les orientations du programme au vu des réalités des différents territoires de santé, de faire valoir les choix à effectuer, de déterminer la faisabilité des mesures envisagées, d'estimer l'impact budgétaire des mesures préconisées et de fixer un calendrier prévisionnel de réalisation⁹⁴. L'expertise se présente comme une « validation technique » des propositions de l'ARS en ce qu'elle explicite les options de la mise en œuvre et leurs conséquences. Ce travail de programmation s'opère à partir de groupes de travail thématiques définis en fonction de l'étendue du programme régional.

En Rhône-Alpes, les propositions des groupes de travail sont validées par une « commission régionale psychiatrie, santé mentale et handicap psychique » rassemblant les professionnels de l'ARS des différentes directions concernées par le programme. En Nord-Pas-de-Calais, c'est un comité de pilotage rassemblant les 52 membres des groupes de travail qui valide les propositions des groupes de travail. L'intervention de l'agence est donc plus ou moins étroite dans le processus de programmation.

⁹⁴ Lettre de mission de la référente « santé mentale » ARS Nord-Pas-de-Calais.

Le déroulement de la concertation se fait en lien étroit avec les espaces intermédiaires spécialisés, appelés « commissions psychiatrie de territoire » ou « comités de territoire ». Ici l'expertise se concentre sur l'état des lieux des structures sanitaires et médico-sociales, des parcours de soins et des problématiques locales. Dans les deux régions, certaines personnes sont présentes aux niveaux régional et local de la concertation, ceci afin de réaliser le travail d'interfaçage. En Nord-Pas-de-Calais, il s'agit de professionnels de santé, alors qu'en Rhône-Alpes ce sont les professionnels délégués territoriaux de l'ARS.

Les périmètres définis dans les démarches de programmation sont larges et s'inscrivent dans une démarche de santé publique qui concerne le préventif, le curatif et la réhabilitation.

En Nord Pas-de-Calais, il se décline en groupes de travail qui portent sur l'accès aux soins, la pédopsychiatrie, l'articulation des secteurs sanitaire et médicosocial, la formation/recherche/évaluation. En Rhône-Alpes, l'accent est porté de manière importante sur le soutien à l'action des professionnels avec deux groupes de travail sur la création d'un centre régional de ressources sur la réhabilitation psychosociale et un centre régional de formation (hors continu ou initial) des métiers de la psychiatrie qui permet de rendre opératoire des transferts de compétences entre métiers. Un autre groupe de travail étaye le développement des parcours de soins par l'organisation d'enquêtes évaluatives auprès des CMP. La prévention du suicide ou la santé mentale positive font également l'objet de groupes de travail.

Ces périmètres traduisent une bonne acceptation du référentiel transversal de la santé mentale sur un territoire et la volonté de changer les logiques de travail. Celui-ci se manifeste notamment par une réceptivité des professionnels à l'évaluation des prises en charge, notamment sur l'activité des CMP (Référénte santé mentale ARS Rhône-Alpes).

2.1.1.2 Le périmètre des membres investis dans les instances régionales et locales

Les périmètres délimités par les ARS font apparaître certaines nuances. L'ARS Nord-Pas-Calais a fait le choix d'une participation étendue à certains acteurs sociaux et médico-sociaux comme des responsables d'associations gestionnaires et de conseils généraux. Un psychiatre libéral et un médecin généraliste sont également présents. L'entrée dans l'instance est large car guidée par une valeur inclusive : la mise en valeur de la santé mentale face au secteur MCO. L'intérêt coopératif dans les relations entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est intériorisé. L'ouverture des instances aux

représentants des usagers et aux acteurs médico-sociaux est perçue par l'animateur comme un élément qui atténue les conflits entre les acteurs sanitaires sur les stratégies de soins en y introduisant une référence permanente à l'utilisateur.

En Rhône-Alpes, l'instance pilotée plus étroitement par l'administration a un périmètre restreint aux acteurs sanitaires hospitaliers. Choix de l'ARS, ce périmètre correspond aussi pour les professionnels à la fonction stratégique de l'instance : l'investissement consenti permet d'accumuler des compétences spécialisées en matière d'innovation cliniques et organisationnelles afin de mettre en valeur l'établissement et la région. La préoccupation commune des professionnels est qualifiée de compétitive (Référénte santé mentale ARS Rhône-Alpes). La logique coopérative incluant les acteurs sociaux médicosociaux se retrouve au sein des comités de territoires où sont également représentés les conseils locaux de santé mentale. La concertation est à ce niveau plus inclusive car ces comités ont une fonction plus opérationnelle que cognitive : faire émerger des parcours de vie des usagers.

Dans ces deux régions « anciennes » dans la concertation, les compositions des instances régionales sont stables et correspondent à un fort degré d'interconnaissance entre les participants.

2.1.1.3 La coproduction des propositions avec l'ARS

La coproduction de l'ARS se structure selon une méthode participative en Nord-Pas-de-Calais qui consiste à séquencer cette coproduction en deux temps : celui de la présentation de la thématique et celui de la restitution des résultats, avec un temps de rassemblement des données entre temps par chaque participant. Par exemple dans le groupe de travail de l'accès aux soins, cette coproduction s'appuie sur une modélisation de l'intervention. Alors que l'animateur fournit la trame des problèmes et des familles d'actions à mettre en œuvre, les professionnels la remplissent à partir de leurs connaissances du terrain. Une vue globale du champ de l'accès aux soins est ainsi possible pour l'administration. Ce travail permet également aux participants de réfléchir sur leurs interventions et d'y trouver une logique globale. La culture de l'écrit est très présente dans ce processus de « *co-construction* ».

Dans le cas de l'ARS Rhône Alpes, la coproduction est plus encadrée par l'administration : le sujet traité fait l'objet d'une réunion, avant laquelle les membres reçoivent l'ordre du jour avec les propositions à discuter. La coproduction se manifeste par un débat permettant

Arnaud LE HENANFF -

une liberté d'expression sur les propositions avancées et la formulation d'autres propositions. L'idée est celle d'une « *soumission librement consentie* » (Référénte santé mentale ARS Rhône Alpes) permise par l'instance de concertation.

L'aide à la décision repose sur la remise des travaux des groupes de travail aux directions concernées par les programmes respectifs des régions. L'impact de ces travaux sur l'adoption du programme n'est pas suivi par le biais d'indicateurs objectifs.

Quant à l'aide à la décision horizontale entre les membres, le partage des innovations cliniques et organisationnelles peut s'apprécier quantitativement en Nord-Pas-de-Calais par le dépôt de projets d'autorisation d'activités nouvelles en psychiatrie.

2.1.1.4 La dynamique des échanges

La conduite des réunions s'attache à canaliser les débats en respectant un ordre du jour détaillé. La qualité des échanges en termes de montée en généralité peut parfois nuire à leur efficacité pour une aide à la décision.

« *Au cours des réunions on en arrive facilement à dire qu'il y a autre problème qui est relié à celui qu'on évoque. La question est alors de prioriser les problèmes pour arriver à des objectifs restreints* » (Référénte Santé mentale ARS Nord Pas-de-Calais)

Le succès de l'animation repose sur la capacité à faire accepter les clivages traditionnels attachés aux positions des participants, notamment entre le secteur public et le secteur privé. Dans l'expression des opinions, il s'agit également d'atténuer les positions de force de certains participants tenant à la taille de leur structure.

Les débats ont révélé à leur début des positions tranchées, parfois à une guerre des principes sur la diversification des modes de prises en charge. Le processus d'acculturation à l'espace de concertation s'est manifesté par des changements de positions sur certaines questions comme l'« hospitalocentrisme » ou sur la mise en place d'équipes mobiles. La référence à l'usager a constitué un vecteur de langage commun qui a facilité l'émergence de consensus nouveaux en Nord-Pas-de-Calais sur les principes de l'éducation thérapeutique, le parcours de vie et les débouchés dans le secteur médico-social.

L'espace régional de la concertation est de moins en moins celui de la formulation de revendications sur les moyens. La concertation signifie alors l'appropriation d'un environnement contraint.

« La question des moyens insuffisants en psychiatrie a été abandonnée par les membres. Ce qui est mis en avant, c'est la nécessité d'avoir des meilleures façons de travailler de manière à éviter des hospitalisations complètes inutiles qui bloquent des lits pour les personnes qui en ont le plus besoin. » (Référente santé mentale ARS Nord-Pas-de-Calais)

2.1.1.5 L'articulation des comités avec les CRSA

Dans ces régions, le contenu du programme est communiqué pour avis aux commissions de la CRSA et aux conférences territoriales, avant qu'il soit définitivement arrêté par le Directeur de l'agence.

La CRSA est perçue en Nord-Pas-de-Calais comme une instance plus conflictuelle car s'y expriment des opinions qui ne sont pas nécessairement détachées de la position des membres présents. La légitimité de certains membres peut ainsi être remise en cause par d'autres membres⁹⁵. A contrario, l'objet technique et restreint de la concertation est analysé à plus ou moins long terme comme un vecteur de consensus lorsqu'il porte sur des stratégies de soins. La « démocratie technique » se dessinerait ici autour d'une séparation entre un espace restreint de construction à légitimité et compétences égales et un espace plus large de consultation marqué par une logique d'expression des revendications plus conflictuelle.

La CRSA en Rhône-Alpes va cependant au-delà de la simple consultation en participant à la dimension stratégique de la programmation car un représentant de la CRSA est associé à l'élaboration des indicateurs de la politique régionale.

2.1.2 L'exemple d'une instance à vocation démocratique : la sous-commission de la CRSA en Franche-Comté

Une instance peut être qualifiée d'instance démocratique dès lors qu'elle rassemble une pluralité d'acteurs impliqués en vue de construire une référence commune dans l'organisation des soins et le parcours de vie de l'utilisateur.

⁹⁵ Sur des questions relatives à l'organisation générale des soins, les représentants des familles de malades ont contesté la légitimité de représentant d'établissements médico-sociaux non-spécialistes du handicap à participer au débat (Référent ARS Nord Pas de Calais).

Dans la région Franche-Comté, la concertation est initiée dans l'espace de la CRSA. Une commission transversale « santé mentale, psychiatrie et handicap psychique » est créée depuis le 20 juin 2012. La base juridique de travail est un acte de la séance plénière de la CRSA, habilitée à créer des groupes de travail permanents sur certaines thématiques⁹⁶.

L'adoption d'un règlement intérieur formalise les missions de cette commission dont les réunions ne sont pas publiques⁹⁷. Celle-ci tient lieu de « comité stratégique » pour le projet « Santé mentale et psychiatrie » du PRS, dont l'objet est de suivre le déploiement du PRS, être « force de proposition et rendre des avis ». Mais à la différence des instances techniques, la commission a la possibilité de se saisir de toutes les questions en rapport avec la santé mentale et assure un rôle transversal sur ces questions avec les autres commissions de la CRSA. Les ordres du jour des réunions sont établis par le Président de la commission et par l'ARS de Franche-Comté.

La composition de cette commission est plus ouverte que dans les instances techniques : on y retrouve des membres des autres commissions de la CRSA, notamment des représentants des collectivités territoriales, des usagers, des partenaires sociaux, des professionnels libéraux.

Le travail de la commission s'inscrit dans le cadre du projet stratégique « Santé mentale et psychiatrie » du PRS, dont les priorités sont notamment la mise en place de plateformes de coordination en santé mentale et l'organisation des urgences. L'agenda de la commission consiste en particulier en 2013 à suivre les travaux du groupe de travail piloté par l'ARS chargé de la mise en œuvre des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, avec les professionnels de l'hospitalisation. L'ARS Franche-Comté a fait le choix de faire la distinction entre une consultation délibérative au sein de la CRSA et des groupes de travail dédiés à une fonction de concertation. Certains acteurs hospitaliers font partie des deux instances.

Outre le suivi du PRS, les thématiques investies par la commission portent depuis septembre 2012 sur la démographie médicale, les protocoles de coopération entre professionnels de santé, la formation, avec un projet de Diplôme Universitaire en psychiatrie.

⁹⁶ Article D 1432-31 du décret 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA.

⁹⁷ Article 5 Règlement intérieur Commission « Santé mentale, psychiatrie et handicap psychique » version 27/09/2012, consultable sur www.ars.franche-comte.sante.fr, dans la rubrique démocratie sanitaire.

Les discussions au sein de la commission ont montré que la construction d'un langage commun entre des acteurs différents était facilitée par la stabilité de la composition des membres et le nombre restreint d'établissements en santé mentale dans la région, habitués à travailler ensemble au sein de la CRSA comme au sein de différents groupes de travail (Référénte santé mentale ARS Franche-Comté).

2.1.3 L'exemple d'une instance à vocation stratégique en Provence-Alpes-Côte d'Azur

La concertation initiée dans la région PACA s'inspire de l'étendue large promue par le Plan Psychiatrie et Santé mentale puisqu'elle intègre des représentants de chaque fédération hospitalière, les présidents des commissions médicales d'établissement (CME), les représentants des personnels médicaux et non-médicaux proposés ou désignés par les syndicats, les présidents de conseils généraux, des représentants des établissements médico-sociaux par le biais des associations gestionnaires, les représentants des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

La sélection des membres suite aux candidatures respecte une vision large des intérêts représentés propre à une instance démocratique. Cette Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale qui comporte 50 membres est néanmoins mise en place en dehors de la CRSA afin de laisser à celle-ci une liberté d'expression sur la politique de l'ARS PACA. Les travaux et les propositions de cette commission mise en place au début de l'année 2013 seront toutefois communiqués deux fois par an à la CRSA.

Trois groupes de travail pilotés par cette Commission portent respectivement sur :

- La définition des parcours de soins, notamment à partir des recommandations du guide de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)⁹⁸.
- la définition des instances de territorialisation de la politique de santé mentale que sont les comités territoriaux sur la santé mentale et les outils de territorialisation que sont les groupements de coopération entre établissements en santé mentale.
- la communication autour des représentations sur la santé mentale.

⁹⁸ MNASM, *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement : comment mobiliser le projets de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie*, juin 2011.

Les pistes de travail au sein des groupes de travail découlent de la feuille de route établie par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale. Le groupe sur les parcours de soin va ainsi travailler sur les urgences et les problèmes d'articulation avec les autres secteurs, ou encore sur les patients inadéquats. L'instance régionale intervenant au niveau de la formulation des problèmes et de la définition des objectifs globaux. La mise en œuvre, son suivi et l'évaluation des actions intervenant plutôt au niveau de concertation départemental, en concordance avec les programmes territoriaux de santé (Directeur ARS PACA).

La participation au sein de l'instance régionale, d'un panel large d'acteurs et représentants de tous les territoires permettra d'avoir une vision globale des problématiques et devrait favoriser une déclinaison et une articulation réaliste vers les niveaux "inférieurs". Une communication et des échanges réguliers entre les différents niveaux territoriaux, et avec la CRSA, et des passerelles avec les autres politiques et programmes régionaux, est jugée indispensable à l'opérationnalité de cette articulation. Le panel large des acteurs et représentants doit laisser une place importantes aux usagers en vue de leur donner une plus grande influence sur la définition des prises en charge, comme le préconise le Plan Psychiatrie et Santé Mentale.

L'ancrage régional de la concertation suppose que tous ces professionnels, tout en apportant leurs éclairages et points de vue spécifiques, s'affranchissent des préoccupations qui sont propres à leur territoires et/ou à leurs institutions d'origine, et replacent le débat dans une logique globale et de complémentarité (Directeur ARS PACA). Le lancement de la concertation est lent car elle est liée à la structuration globale de la concertation portant sur les politiques de l'ARS.

« Il y a une profusion de commissions, de groupes de travail qui se mettent en place de tous les côtés : les conférences de territoires qui ont démarré, les programmes territoriaux qui se mettent en place [...] On est dans la bonne direction mais les choses sont longues à mettre en place » (Réfèrent santé mentale ARS PACA).

La préoccupation de l'instance est de fixer les cadres de la gouvernance et les lignes directrices de la politique de santé mentale. C'est pourquoi cette instance pourrait être qualifiée de « stratégique ». Cette qualification interroge cependant sur la frontière entre la concertation au sein d'une instance technique et la concertation au sein d'une instance démocratique. La réflexion actuelle de l'ARS Ile-de-France sur l'instance de concertation qu'elle souhaite créer porte notamment sur cette frontière.

2.1.4 Le cadre de la réflexion conduite en Ile de France

L'ARS Ile de France conduit actuellement une réflexion sur l'instance technique de concertation qu'elle souhaite mettre en place. Celle-ci repose sur une séparation claire entre les fonctions démocratiques et techniques. La conception de l'action publique déployée par la logique d'agence est celle de s'appuyer sur deux leviers : une mise en œuvre « *intelligente* » et facilitée de la décision d'une part, et l'animation du débat public au sein de la CRSA afin de réorienter la décision d'autre part. Quand la concertation technique créerait un « *confort* » pour le décideur, la délibération consultative créerait quant à elle un « *inconfort* » pour ce dernier. (Adjoint au Directeur santé publique ARS Ile de France).

La fonction de la CRSA est en effet de porter un discours autonome sur les objectifs en santé publique. Son intervention consultative se situe bien au niveau de la formulation des problèmes, comme dans l'analyse de la mise en œuvre. Le périmètre démocratique doit être large : intégrer les élus des collectivités territoriales, avec une acception élargie des usagers des services de soins de santé mentale, tous les groupements de la société civile destinataires de la politique de santé mentale.

L'élargissement du débat public au sein de la CRSA est un levier en vue de favoriser une réorganisation de l'allocation des moyens des organisations. Cet élargissement du débat public, en assumant éventuellement un nouveau « *nouveau contexte de controverse ou de conflictualité* » favorise la redéfinition des objectifs globaux en vue de favoriser la réduction des inégalités de santé (Adjoint au Directeur santé publique). La structuration de la démocratie sanitaire dépend de la délimitation pertinente de la catégorie des usagers des services de soins de santé mentale, de manière à susciter ce nouveau rapport de débat. Elle repose également sur un certain apprentissage des représentations liées à l'histoire du champ de la santé mentale (Chargé de mission santé mentale)⁹⁹.

Le rôle de la concertation technique pilotée par les directions de l'ARS est différent puisqu'il s'inscrit dans une perspective de programmation. Elle doit notamment permettre de structurer la collaboration des établissements de santé mentale avec les acteurs de leur territoire. Le calendrier des thématiques abordées doit logiquement découler des priorités

⁹⁹Sur les questions relatives à l'information et la formation des représentants des usagers, voir : *Des conférences régionales de santé aux CRSA, sans quelle mesure la loi HPST contribue-t-elle au renforcement de la démocratie sanitaire en région ?*, Mémoire module interprofessionnel EHESP, Rennes, 2010, p. 16-20.

énoncées dans le programme régional. Toutefois, au sein d'une instance de concertation, la question de « *la remontée des besoins locaux* » peut surgir (Dr Adjoint santé publique). C'est alors le rôle du niveau régional de fixer les orientations dans le cadre desquelles les besoins locaux peuvent remonter, plus précisément par le biais de l'élaboration des programmes territoriaux de santé mentale. La mission d'organisation générale du système de soins est à distinguer clairement des missions « *d'échanges horizontaux de pratiques de soins* » dans une perspective d'harmonisation des organisations.

Le périmètre technique très étendu de la santé mentale implique une réflexion préalable sur la conception de l'organisation des soins en santé mentale que l'on souhaite a priori. Les médecins libéraux, psychiatres et généralistes, participent à la délivrance de soins en santé mentale. Les élus ont aussi un rôle « technique » de mise en œuvre de la politique de santé mentale liée à la décision d'hospitalisation sous contraintes.

Un équilibre doit être trouvé entre plusieurs formes de connaissances. Par le passé, les groupes de travail de l'ARS ont en effet rassemblé des experts ayant une vision globale de la politique de santé mentale et des représentants de projets attachés au récit empirique de leurs réalisations. Les compétences en matière de santé publique sont notamment diversement égales entre les membres et les experts extérieurs à solliciter sont rares.

La composition doit également veiller à instaurer un équilibre entre le personnel administratif et technique, ne pas s'appuyer que sur les médecins. L'objectif d'un réel changement des organisations doit s'appuyer sur le ressenti de l'ensemble des personnels : directeurs de soins, infirmiers sur les effets des organisations à l'égard des usagers. Les médecins sont plus attachés à au concept théorique de la pratique de soins, alors que les cadres de santé, les infirmiers sont les « *techniciens effectifs* » de l'organisation des soins (Référénte santé mentale ARS Ile de France). Une acception élargie des « techniciens » de la santé mentale doit s'appuyer sur une désignation des membres par les institutions représentatives des professions de santé afin de lui donner une légitimité d'influence sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

Les fonctions démocratiques et techniques de la concertation peuvent se recouvrir plus facilement au niveau local avec les Conseils Locaux de Santé Mentale, lieux d'émergence d'une « *démocratie sanitaire en pratique* » (chargé de mission santé mentale). Le rôle

stratégique de l'ARS peut alors être de faire émerger des Conseils Locaux de Santé mentale avec des missions élargies dans les zones défavorisées¹⁰⁰.

2.2 La méthodologie d'évaluation du COTER « psychiatrie et santé mentale » de l'ARS Poitou-Charentes

Dans la pratique de l'évaluation, le projet se décline à partir de l'explicitation de la finalité de l'évaluation, des questions auxquelles il s'agit de répondre et de la méthode de collecte des informations afin de répondre à ces questions.

2.2.1 Une stratégie d'évaluation à deux pôles

Deux observations préliminaires déterminent la stratégie d'évaluation conduite sur l'instance en Poitou-Charentes. En premier lieu, les objectifs assignés au COTER sont multiples : participer à l'émergence de parcours de soins sur les territoires, favoriser l'articulation de secteur sanitaire et des secteurs sociaux et participer à l'élaboration prospective des politiques publiques en santé mentale. Les objectifs du COTER sont donc opérationnels, intermédiaires et globaux, ce qui nécessite d'interroger leur pertinence par rapport à la nature des problèmes de la région, et surtout leur cohérence. En second lieu, le COTER a été mis en place en juin 2012 et sa première réunion a eu lieu en septembre. L'impact de la concertation sur l'offre de soins, les trajectoires des usagers ou la politique de santé mentale est donc encore difficilement observable.

La stratégie d'évaluation ne peut également pas s'appuyer sur une valeur de référence réglementaire en l'absence de disposition précisant les modalités et les objectifs de l'instance. Enfin, la comparaison spatiale avec les exemples des autres régions fait face à des différences contextuelles très importantes : l'ancienneté de la concertation, les caractéristiques de l'offre de soins, la taille de la région, etc.

Pour toutes ces raisons, la stratégie doit d'abord être qualifiée « descriptive » ou « exploratoire » : il s'agit de comprendre les problèmes qui justifient l'implication des participants, leurs convictions et stratégies par rapport à la concertation, les ressources et les contraintes des professionnels de santé et de l'ARS, les effets attendus et inattendus de

¹⁰⁰ Voir le cahier des charges des conseils locaux de santé mentale en Ile de France, consultable sur www.ars.iledefrance.sante.fr

la concertation déjà observés. L'évaluation cherche à comprendre comment les professions de la santé mentale participent à l'ancrage régional de la politique de santé mentale.

Néanmoins, une théorie de la concertation dans l'action publique existe. A partir des fondements et des mécanismes que nous avons précédemment mis en avant dans le modèle d'intervention a priori, il est possible d'entamer une évaluation critique des processus de travail déjà mis en œuvre. Celle-ci doit établir si le COTER est une instance où émergent des connaissances techniques sur les besoins du territoire, sur l'organisation de l'offre de soins et de la prise en charge. L'évaluateur doit déterminer si ces connaissances sont de nature à influencer sur la définition et la mise en œuvre du SROS et de quelle manière.

La stratégie d'évaluation s'appuie alors sur deux pôles, l'un normatif et l'autre descriptif. Elle revient à confronter la théorie de la concertation et l'environnement pratique dans laquelle elle s'insère, ceci afin de préciser la logique d'intervention effective du COTER dans la région.

2.2.2 Le référentiel de l'évaluation

Les trois dimensions de la concertation que sont la participation, la délibération et l'aide à la décision, sont à l'origine des questions évaluatives retenues.

- *L'instance permet-elle l'association des parties prenantes à la politique de santé mentale ?* La question est celle de la capacité du COTER à faire entrer de nouveaux participants dans l'espace d'aide à la décision. La définition du champ de la santé mentale et des missions de l'instance détermine alors la définition de la partie prenante à la politique de santé mentale.

- *Le COTER crée-t-il une dynamique d'échanges susceptible de faire émerger la bonne décision ?* La question rejoint celle de la capacité du COTER à créer une discussion « constructive », au-delà de l'agrégat des préférences individuelles ou des positions d'influence. Il s'agit de voir si une communauté de débat est créée. Deux critères peuvent être formalisés : le pluralisme et la qualité des échanges.

- *L'intervention du COTER aboutit-elle à une aide à la décision pour ses membres et pour l'ARS ?* On cherche ici à sonder l'effectivité de la délivrance d'une information utile pour le décideur. Cette dimension managériale d'aide à la décision intéresse l'administration comme le prestataire de soins. Les « extrants » de l'instance sont-ils de nature à orienter le choix des acteurs ?

Les trois dimensions de la concertation sont en interaction : la délimitation pertinente des acteurs participant à la concertation est la condition pour engager un processus délibératif de qualité, lequel débouchera sur des idées ou connaissances légitimes de nature à influencer la décision du professionnel ou de l'ARS.

2.2.3 Les informations et leurs outils de recueil

Afin d'évaluer le dispositif de la concertation, l'évaluateur doit principalement recueillir le point de vue des participants sur cette organisation, en s'appuyant sur les méthodes des sciences sociales. Mais il doit en même temps discerner les effets de l'organisation sur les représentations des participants selon un principe de distanciation. Le volume de ces informations qualifiées « subjectives » sur les activités et les effets du COTER est supérieur aux informations observables objectivement quant aux activités du COTER.

2.2.3.1 Les informations objectives

Le recueil d'informations objectives s'appuie essentiellement sur les documents des ARS : le calendrier des thématiques abordées, les ordres du jour et les comptes-rendus de réunion.

L'observation de la réunion du 26 mars 2013 consacrée à l'articulation du secteur sanitaire avec les secteurs sociaux et médico-sociaux était un autre outil privilégié pour recueillir une information de première main concernant le déroulement du débat : les messages délivrés, l'organisation de la réunion, les interactions entre les participants. L'environnement et le lieu de la réunion pouvait être précisément apprécié en tant que facteur explicatif du déroulement du débat.

Certains éléments objectifs sur l'organisation et les modalités de la concertation ont aussi été recueillis par l'intermédiaire des entretiens conduits avec les membres du COTER. Ces informations de seconde main n'ont pas la même fiabilité et nécessitent d'être croisées entre plusieurs sources.

2.2.3.2 Les informations subjectives

- La méthode du questionnaire.

Afin d'apprécier les perceptions des acteurs impliqués par la politique de santé mentale, un questionnaire a été envoyé par courriel à plusieurs groupes d'acteurs. La fonction du

Arnaud LE HENANFF -

questionnaire est de donner une dimension quantitative au jugement évaluatif. Les destinataires ne sont pas nécessairement membres du COTER. Ils appartiennent à différentes catégories qui sont celles du secteur sanitaire (centres hospitaliers spécialisés, centres hospitaliers généraux, cliniques et établissements thermaux), du secteur médicosocial dispensant des soins de santé mentale (EHPAD, instituts médico-éducatifs, foyers d'accueil médicalisé et maisons d'accueil spécialisés), du secteur de l'action sociale (groupes d'entraide mutuelle et communautés d'agglomération) et des représentants des associations de familles d'utilisateurs (UNAFAM).

Les questions portaient sur la représentation des problèmes de la santé mentale dans la région et sur l'ensemble des espaces de concertation mis en place dans la région. Dans un but exploratoire, le questionnaire permettait en outre d'avoir un diagnostic de « seconde main » sur les problèmes régionaux qui doivent faire l'objet de l'intervention du COTER. Des choix alternatifs ont été construits à partir de l'analyse littéraire sur l'offre de soins en France.

La conception globale de l'échantillonnage a respecté l'ordre d'implication dans le thème de « la psychiatrie et la santé mentale » : 25 personnes du secteur sanitaire, 16 personnes du secteur médicosocial, 9 personnes du secteur social et 2 personnes représentant les utilisateurs ou les proches d'utilisateurs. Le nombre de personnes affiliées à cette dernière catégorie est très discuté tant l'objectif affiché de la réforme de la psychiatrie vise à mettre les utilisateurs au centre des dispositifs. La constitution du panel a fait cependant face au faible nombre d'associations spécialisées sur la représentation des malades psychiques.

- La méthode de l'entretien.

L'entretien permet de capter le point de vue des participants au COTER, du personnel et de toutes les personnes associées au projet de concertation. Elle permet également de déceler des comportements, des attitudes, les valeurs et les compétences des interviewés. Dans le cadre d'évaluation de projets de partenariats, l'utilisation de l'entretien comme méthode de collecte des données est fondée sur la supposition que les points de vue des participants ont un effet sur le succès du projet¹⁰¹. Utilisée pour apprécier les relations interpersonnelles, cette méthode est a fortiori requise pour évaluer une instance de concertation.

¹⁰¹ Groupe de travail sur l'évaluation participative des Villes et Villages en santé, « Trousse pratique d'évaluation », Centre québécois collaborateur de l'OMS, www.rqvvs.qc.ca, décembre 2007, p.112

Afin de garantir un traitement fiable des informations, l'accent a été porté sur la construction d'une grille principale structurée afin que les membres du COTER répondent tous exactement aux mêmes questions. Ces questions ont été formulées en fonction des critères qui déclinent les questions évaluatives : la transversalité thématique, l'ouverture de l'instance, l'intensité de et la qualité des réunions, les objectifs de l'aide à la décision. Une grille accessoire permettait d'aborder plus en profondeur selon la sensibilité de l'interviewé certains de ces critères.

2.2.4. Le traitement et l'interprétation des informations

Les informations collectées ont été triées selon les critères préalablement définis par la méthode d'évaluation. Un 2^{ème} tri s'attache à distinguer les informations qui relèvent des faits et celles qui relèvent des idées ou des opinions. L'évaluateur s'est ensuite attaché à formaliser les résultats par une synthèse des informations qui relève les points de consensus et de divergences.

L'interprétation des résultats se fait par rapport à l'objectif critique et exploratoire de l'évaluation. L'évaluateur doit vérifier si les résultats rejoignent les conclusions d'autres études précédentes, de choisir parmi les explications des résultats celle qui apparaît la plus plausible. Enfin, il a cherché à identifier les facteurs qui ont influencé les résultats.

La limite de cette étape d'interprétation des résultats est qu'elle n'a pas été soumise à discussion avec les membres du COTER dans un deuxième tour de table, lequel en aurait renforcé la crédibilité.

3. LES RESULTATS DE L'EVALUATION DU COTER « Psychiatrie et santé mentale »

3.1 Les résultats de l'enquête par questionnaire

L'objectif de l'enquête par questionnaire était d'établir un premier diagnostic des problèmes perçus, de nature à fixer l'agenda de la concertation. Il visait également à apporter un jugement quantitatif sur les convictions des acteurs à l'égard des mécanismes de concertation et de partenariat.

27 réponses ont été collectées auprès des 50 destinataires repérés. Certains acteurs ont expliqué leur abstention par leur non-participation à une instance de concertation. Ce faible

Arnaud LE HENANFF -

échantillon de réponses oblige à ne retenir des résultats collectés que les tendances les plus manifestes. La répartition des acteurs sociaux et médicosociaux dans l'échantillonnage a retenu des proportions équivalentes de destinataires selon les territoires. Les différences des taux de participation selon les territoires minorent cependant la représentativité territoriale de l'échantillon final. La contrainte d'un envoi du questionnaire par courriel n'a surtout pas permis de vérifier la fonction de la personne qui a exprimé les réponses au nom de la structure destinataire.

Sur la densité et la diversité de l'offre de soins dans les territoires, 70.4 % des sondés ont souligné que le problème de la rareté des places dans les établissements et services médico-sociaux. L'hétérogénéité des pratiques de soins selon les territoires n'est évoquée comme un problème régional que par une minorité des sondés (24 %). 17 répondants sur 27 considèrent cependant que des innovations cliniques et organisationnelles sont mises en œuvre localement mais ne sont pas partagées.

L'affirmation selon laquelle « *la promotion santé mentale des populations issue d'une réflexion sur ses déterminants bio-psycho-sociaux est un objectif pertinent mais qui n'est pas opératoire dans l'état actuel des connaissances pour faire évoluer l'organisation des soins psychiatriques* » recueille 56 % des opinions. Aucun sondé n'a remis en question la pertinence de cet objectif. 37 % considèrent même qu'il est déjà opératoire. Dans le même sens, une majorité (62 %) considère que des indicateurs de l'état de santé mentale de la population sont plus pertinents pour mesurer l'impact de la politique de santé mentale que les indicateurs relatifs aux modes de prise en charge des usagers (28 %).

Il y aurait donc un décalage entre la préoccupation à court terme d'une organisation plus équilibrée de l'offre de soins, et l'aspiration à une politique transversale agissant sur les déterminants de la santé mentale de la population. Les réponses à la question ouverte sur l'enjeu prioritaire traduisent également cette double attente d'une politique qui doit rééquilibrer les moyens entre les territoires et entre les modes de prise en charge, et celle d'une politique qui doit mieux connaître les particularités locales afin de décliner ses orientations.

« *Déterminer une démarche régionale qui puisse se décliner aux niveaux des secteurs en intégrant leurs particularismes tant dans leurs données sociales que dans le dispositif mis en place.* »

« *Un rééquilibrage financier entre dotations des différents secteurs s'avère nécessaire à structures comparables car les inégalités se sont creusées au fil des années au détriment des patients des secteurs en pénurie de moyens (...) Ce qui limite grandement l'évolution des modalités de prise en charge. Il serait bon de prendre cet élément en considération dans la planification régionale.* »

Concernant les caractéristiques de la concertation qui peut avoir lieu dans les différentes instances de la région, les propositions retenues par les sondés font ressortir quatre représentations dominantes :

- Les acteurs essentiels sont mobilisés mais la participation d'autres acteurs permettrait de comprendre plus finement les problèmes et les solutions adéquates (48 %).
- Les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions (44 %).
- Des points de vue sont exprimés et documentés mais cela ne permet pas de dégager de nouvelles pistes d'action (40.7 %).
- Les partenaires sont entendus mais leurs points de vue sont peu pris en compte dans la politique régionale (55.6 %).

Les destinataires semblent faire part de jugements nuancés, acquis aux bienfaits théoriques de la concertation et du partenariat, mais sceptiques quant à leurs conséquences pratiques actuelles.

3.2 L'analyse des facteurs contributifs de la concertation

3.2.1 Les facteurs internes du processus de concertation

Sur les huit établissements hospitaliers de santé mentale présents dans l'instance, on est en présence de deux centres hospitaliers spécialisés dans les territoires de la Vienne et de la Charente. Cinq autres établissements sont des centres hospitaliers généraux dont un pôle est affecté à la psychiatrie. S'ajoute à ces établissements publics une clinique spécialisée sur certaines pathologies mentales, dont l'aire de recrutement n'est pas territorialisée.

Cette hétérogénéité des acteurs s'explique par la construction de l'offre de soins en psychiatrie en strates historiques successives. Les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) sont les établissements historiques de la pratique psychiatrique conçue à partir d'une séparation des lieux d'hospitalisation. Cette différence de nature peut conduire à des divergences dans les principes d'organisation du secteur : en relation étroite avec les services de la médecine générale qui développent des services de gériatrie ou

d'addictologie, les pôles psychiatrie des hôpitaux généraux tendent à développer des logiques de filières de soins en vue de spécialiser les compétences des professionnels.

« Ici c'est un pôle de psychiatrie, d'addictologie et de réseaux médicaux. Le directeur s'est beaucoup battu pour cette dernière appellation car le réseau médical correspond à la culture du secteur mais la difficulté du secteur c'est qu'un infirmier est généraliste de tout, c'est à dire qu'il doit s'articuler avec le médico-social, le système de la personne âgé, de l'adolescent, du handicap et dans la réalité des choses il ne peut pas connaître ces sophistications. Et donc nous on essayé de créer des filières un peu organisées ». (Chef de pôle 2)

Cette différence de statut entre les établissements représentés au sein du COTER a une portée symbolique mais aussi pratique dans des manières différentes de concevoir la politique de secteur. L'intégration de la psychiatrie aux centres hospitaliers généraux peut atteindre des degrés plus ou moins importants selon la considération de la psychiatrie dans les établissements¹⁰². Cette spécialisation peut renforcer l'ouverture du secteur à d'autres partenaires comme renforcer la spécialisation sur les patients atteints de pathologies lourdes¹⁰³. Au-delà des principes sur la politique de secteur, ce sont aussi des logiques professionnelles de travail différentes qui varient selon les secteurs.

« Il y a des pratiques différentes d'un établissement à un autre. Ici, ce qu'on pratique ici et qui continue d'être revendiqué, c'est la référence médicale. C'est à dire qu'un médecin qui voit un patient en admission va continuer à la suivre même en extrahospitalier, ce sera toujours le même médecin. Ça implique une organisation. Ça implique des choses derrière. Dans d'autres établissements, un médecin fait l'intra-hospitalier, l'autre l'extrahospitalier. Quand on parle de dispositif, tout ça c'est lié, ça dépend de l'orientation médicale. » (Cadre de santé 1)

« Parce que pour moi l'organisation du soin, ça fait partie des soins. Les médecins qui disent : moi ça ne m'intéresse pas de voir comment fonctionne le système, comment on envoie à droite, à gauche, ce n'est pas possible. » (Chef de pôle 4)

Les membres du COTER interrogées reconnaissent la divergence des approches thérapeutiques qui conduisent à des organisations différenciées. Cette divergence est revendiquée par certains médecins chefs de pôle qui insistent sur la part de subjectivité qui caractérise la discipline.

¹⁰² Le Bonnet A., « L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, un tremplin vers une réorganisation profonde du système de santé mentale », Mémoire ENSP, Rennes, 2007.

¹⁰³ Joubert M. et Bertolotto F., « Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale, enjeux pour les politiques de santé publique », in M. Joubert, *Santé mentale, ville et violences*, Paris, ERES, 2004, p. 241.

Les différences de positions des acteurs dans la géographie de l'offre de soins se traduisent par des objets d'intérêt différents évoqués au cours des entretiens. Les acteurs éloignés des centres urbains mettent en avant le thème de l'égal accès aux soins sur le territoire, la réhabilitation psychosociale dans les milieux de vie, tandis que les acteurs proches des centres urbains sont plus sensibles à la recherche scientifique, à la polyvalence dans le cadre de parcours de soins diversifiés.

Si les médecins psychiatres sont identifiés comme des acteurs-clés de la concertation, une contrainte pèse sur la conduite du processus : la rareté du temps médical. Les médecins interrogés évoquent la difficulté à consacrer une partie de leur temps de travail à ces temps de concertation à l'échelle de la région. L'urgence du travail quotidien à assurer sous l'effet de l'augmentation des files actives diminue leur capacité à se projeter dans une logique de concertation. Le temps administratif n'est pas plus abondant. Cette rareté du temps disponible pour la concertation élève leur degré d'exigence des participants à l'égard des concrétisations qui pourraient résulter des réunions. Elle entrave en même temps les réalisations potentielles car elle augmente l'incertitude sur la présence aux réunions.

Pourtant, le nombre élevé de participants aux réunions témoigne d'une sensibilité des acteurs à l'enjeu stratégique d'une concertation à l'échelle de la région. Il témoigne surtout d'une prédisposition culturelle du champ de la psychiatrie à l'engagement dans le débat. Parce que la discipline a une dimension sociale, la discussion sur les finalités et les modalités du soin lui est inhérente. L'expression de la connaissance dans cette discipline médicale est en outre très imprégnée d'une culture de l'oralité qui favorise la participation à une instance de concertation médico-technique.

Cette disposition « *au débat pour le débat* » (Médecin 3) fait néanmoins face à la question de l'allocation des ressources entre les différents établissements. Elle peut altérer certaines discussions dont les enjeux stratégiques sont latents. Dans la mise en place de nouveaux programmes d'action, le promoteur de la concertation peut être considéré par les représentants des établissements comme le bailleur de fonds des établissements.

« *On ne peut pas se départir de l'idée que derrière ce que l'on va développer, il y a la manière dont on va être traité par l'ARS dans la distribution des enveloppes* » (Cadre de santé 2).

L'évocation d'une allocation inégale des ressources dans la région est prégnante au cours de certains entretiens. Le COTER est ainsi perçu par un médecin chef de pôle comme la

Arnaud LE HENANFF -

possibilité d'une explicitation des organisations et de leur « *efficience* » comparée (Médecin 1), avec l'enjeu d'une nouvelle allocation des ressources.

3.2.2 Les facteurs externes du processus de concertation

Le contexte relatif au financement des établissements de santé mentale pèse sur l'horizon du processus de concertation. Les marges de manœuvre des acteurs disponibles pour s'engager dans une dynamique de projet sont en effet étroites.

« Je n'ai donc pas une grande lisibilité sur la politique régionale à part les problèmes de financement qui font que pour avoir des choses nouvelles il faut être vraiment très imaginatif. Mais même en étant très imaginatifs sur les niches sur lesquelles on pourrait continuer à faire de nouveaux projets, c'est difficile. Et c'est ça qui est le plus déroutant, c'est qu'on a quand même besoin d'être dans une dynamique de projet. » (Médecin 3).

L'impression des représentants des établissements est qu'ils sont par ailleurs sollicités par de multiples catégories d'acteurs : les municipalités dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, les établissements médico-sociaux pour la gestion de situation de crise. Les besoins d'intervention des secteurs psychiatriques apparaissent illimités si bien que les établissements doivent prioriser leurs champs d'activité en essayant de considérer leurs missions essentielles. Après un engagement d'un établissement dans un projet de coopération, il faut pour la direction de celui-ci s'engager dans un processus de négociation en interne afin de le légitimer auprès de la communauté médicale au regard des missions traditionnelles du secteur (Directeur 5).

C'est pourquoi la mise en œuvre des orientations de la politique régionale est ressentie comme un processus complexe.

« L'image du pilotage d'un établissement en santé mentale, c'est plutôt celle d'un paquebot. Quand on incline la barre d'un côté ou d'un autre, ça met du temps à faire des effets. Et les organisations sont tellement contraintes que les marges de manœuvre sont quand même étroites. L'ouverture des CMP le samedi matin par exemple, c'est vraiment difficile. » (Cadre de santé 3)

La capacité de mise en œuvre effective des orientations décidées au sein du COTER dépend aussi de la présence d'espaces intermédiaires de partenariat au niveau des territoires. La région Poitou-Charentes est là aussi fragmentée. Un comité d'acteurs en santé mentale piloté par la délégation de l'ARS existe dans le nord du territoire des Deux-

Sèvres. Un groupe de travail « psychiatrie et précarité » a été mise en place dans la Conférence de territoire de Charente Maritime. Ces initiatives locales, parfois pilotées par les intervenants de l'ARS sont pertinentes pour permettre une coordination de terrain dans laquelle le secteur ne serait plus l'acteur exclusif de la politique de santé mentale. La concertation locale permet la présence d'acteurs de terrain qui font remonter des demandes de soins non-satisfaites (Directeur 3).

Mais elles ne correspondent pas à des espaces intermédiaires homogènes de mise en œuvre de la politique régionale. Les partenariats du secteur avec le médico-social sont très anciens mais très interindividuels. Les liens sont variables selon les secteurs psychiatriques, les modalités d'organisation des CMP et les habitudes de fonctionnement des praticiens. Enfin, elle peut conduire à une confusion des niveaux de la concertation au sein du COTER.

Outre des inégalités d'accès aux soins, l'absence d'espace intermédiaire de concertation peut aussi renforcer aussi le sentiment d'éloignement géographique de certains membres vis à vis du centre décisionnel de l'ARS situé à Poitiers.

« On se sent un peu isolé par rapport à la masse de la problématique psychiatrique au niveau régional. Pour nous c'était important de ne pas rester isolé et jusqu'à... Effectivement c'est comme ça que je vois les COTER, je vois ça plutôt d'un bon œil parce que si ça pouvait être un lieu de réflexion et de structuration de la psychiatrie régional ce serait une bonne chose. » (Médecin 5).

Le langage de la territorialité des services de santé mentale est présent dans les propos de toutes les personnes interrogées. Il exprime cependant des préoccupations différentes :

- La proximité dans la délivrance des soins, consubstantielle à une psychiatrie exercée dans le milieu de vie. L'intégration de la psychiatrie dans le cadre d'une planification globale avec secteur MCO à l'échelle du territoire de santé est ainsi refusée par le représentant des usagers au motif qu'elle démantèlerait la proximité des soins assurée par le secteur.
- L'autonomie de l'orientation médicale des organisations, le caractère culturel de leurs structurations respectives.
- Une prise en compte des spécificités des populations dans une aire régionale très hétérogène.

Arnaud LE HENANFF -

- Une prise en compte des histoires dans les relations construites par chacun des établissements avec les acteurs médico-sociaux et sociaux.

Une autre contrainte résulte de la mise en place récente de l'Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. La coordination des différentes directions concernées par la santé mentale, ainsi que celles du siège et des délégations territoriales est nécessaire afin de piloter cette politique transversale. L'administration de la santé est soumise également à des contraintes budgétaires qui se concrétisent par une raréfaction des ressources managériales disponibles pour animer la concertation¹⁰⁴.

En Poitou-Charentes, trois facteurs externes aux membres expliquent la création du COTER « psychiatrie et santé mentale » :

- La publication du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 en mars 2012, laquelle nécessite de réviser les différents volets des SROS concernés.
- L'arrivée en juillet 2012 du Dr Frédérique ALLAIRE, qui occupe la fonction de référent « santé mentale » à l'ARS. Sa fonction de médecin inspecteur en santé publique, qui allie culture médicale et culture administrative, permet de réaliser une interface entre les professionnels et les services de l'ARS.
- La difficulté des acteurs institutionnels de la psychiatrie à exercer la représentation de leur secteur au sein de la CRSA (Médecin 5). La CRSA est perçue par les membres du COTER qui y ont participé comme une instance trop étendue pour aboutir à une réelle démarche constructive.

La démarche de concertation ne s'inscrit donc pas dans le cadre d'un projet régional spécifique de l'ARS sur la santé mentale. A partir du constat d'une carence, l'espace est d'abord créé pour lui-même en tant que lieu de rencontre et d'expression des acteurs institutionnels de la psychiatrie.

C'est la raison pour laquelle la première dimension à évaluer dans le COTER est celui de son objectif, autrement dit de l'aide à la décision qu'il est censé apporter. C'est de l'explicitation de cet objectif que doivent être déduites les conséquences sur les critères de participation et de la discussion au sein de cette instance.

¹⁰⁴ Réunion formation « stratégie et positionnement de l'ARS ».

3.3 Les objectifs du COTER

Le calendrier du COTER a prévu cinq réunions thématiques entre juillet 2012 et juin 2013 : La révision des SROS suite à la parution du Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015, la gestion des risques liés aux soins en santé mentale, l'articulation entre les secteurs sanitaires et le médico-sociaux, les soins de santé mentale aux détenus et aux l'articulation entre les soins de santé mentale et les soins primaires.

Les trois premières thématiques antérieures à l'évaluation portent sur le cadre stratégique global de la politique régional, à savoir le SROS qui doit inspirer les projets d'établissement, des problématiques intra-établissements sur les risques liés aux soins, ou encore sur des questions inter-organisationnelles liées à la prise en charge du handicap psychique. Les champs de réflexion investis par ces thématiques sont donc diversifiés.

L'impression générale des membres du COTER est celle d'un manque de « *lisibilité* » des objectifs de l'instance. A partir des éléments observés et des idées exprimées par les membres, plusieurs hypothèses de clarification des objectifs de l'instance peuvent être dégagées afin d'en accroître la visibilité.

3.3.1 Une aide à la décision articulée à la construction d'une expertise

Le COTER se définit comme une instance « médico-technique » dont l'objet doit être la mise en valeur des compétences professionnelles des parties prenantes. L'aide à une décision rationnelle est censée résulter de la confrontation de connaissances appartenant à plusieurs champs. C'est pourquoi nous parlons ici d'« expertise » au sens d'un travail de communication entre des rationalités perçues a priori comme antagonistes¹⁰⁵.

Le travail de médecins psychiatres avec un médecin inspecteur de santé publique est à ce titre une première étape de la construction d'une expertise.

« Avant le COTER, je travaillais avec M. TERRIER qui était un médecin de santé publique. J'ai appris à travailler en tant que psychiatre avec une autre catégorie de professionnels qui est quand même très différente, et qui sont les médecins de santé publique. Ça ça me paraît intéressant, mais après, il faut que la déclinaison, elle tienne compte des réalités du terrain. » (Médecin 4)

¹⁰⁵Saint-Martin D., « Expertise » in Boussaguet L., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Science Po « Références », 2010, p. 270.

Cette fonction de construction d'une expertise s'est exercée lors de la formalisation d'une connaissance technique sur les risques liés aux soins lors de la deuxième réunion. Les membres ont été invités à établir un diagnostic de la criticité des événements indésirables graves survenues dans leurs secteurs selon une méthodologie fournie par l'animateur du COTER. L'aide à la décision se fait dans un double sens : les participants assimilent une méthodologie scientifique qui leur permet d'affiner leur politique de gestion des risques ; l'ARS recueille un diagnostic global sur les risques qui semblent maîtrisés et ceux qui dont la maîtrise semble incertaine dans les établissements.

Cette thématique technique place les acteurs de la concertation dans un rôle d'apprentissage. Elle se rapproche de la méthode « *communautaire de co-construction* » évoquée par la référente santé mentale de l'ARS Nord-Pas-de Calais.

Elle a été diversement perçue par les membres de l'instance. Certains y ont vu l'opportunité de confronter leurs représentations dans le cadre d'enjeux explicités dans le document préparatoire :

« Recherche d'informations sur un dysfonctionnement ou un problème ; classification des causes liées au problème ; participation des corps inspectant à l'analyse, propositions de protocoles adaptés. »

Mais d'autres participants ont rappelé que la détection d'un événement indésirable recouvre des problématiques très différentes d'un établissement à un autre. La mise en commun du savoir empirique pose problème.

La construction d'une expertise pour l'ARS s'appuie sur la présence de plusieurs professions dans l'instance : les médecins psychiatres dont l'appréciation des risques est attachée à la santé du patient, les personnels administratifs qui envisagent les risques à travers l'exigence de sécurité dans l'établissement (Cadre de santé 1). Cette expertise technique n'est pas neutre dans la mesure où la composition de l'instance peut orienter les représentations du problème.

« Moi ce que je peux apporter, c'est une description des problèmes d'organisation et des modifications des problèmes de santé mentale. Mais ma description des problèmes d'organisation sera très liée au mode d'organisation d'ici. Après vous aurez des réunions où le poids des dirigeants d'HP sera plus important. Le principe est un peu biaisé car il y a plus de gens qui viennent d'HP. » (Médecin 2)

Elle se présente comme une harmonisation cognitive qui laisse aux acteurs la liberté d'en tirer les conséquences organisationnelles.

« Après avoir une cartographie des risques, c'est bien, mais il ne faut pas que ça reste un beau document. Il faut savoir ce qu'on en fait derrière. » (Cadre de santé 3)

La demande de données objectives de la part des services de l'ARS en tant que matière première de la concertation peut être discernée à travers les attentes de préparations approfondies des réunions. La nature des données objectives sollicitées est variable. Certains attendent d'abord une formalisation de l'offre de soins existante (cadre de santé 1). D'autres espèrent une discussion qui porterait sur des données épidémiologiques de nature à orienter une modification des organisations.

« De notre point de vue, il y a des gros problèmes de masse et on essaye de les traiter. Donc on a essayé de traiter ce qui n'est pas souvent fait à notre avis et qui est la santé mentale du sujet âgé. Le fait que le secteur couvre 80 000 personnes, donc 20 000 personnes âgées, ça crée des problèmes qui ne sont pas pris en compte [...] Et si vous prenez la population de la maladie d'Alzheimer, 50 % de cette population ce n'est pas le problème de la mémoire qui pose problème mais le problème des troubles comportementaux et du bazar que ça génère. » (Médecin 2)

La fonction de l'expertise au COTER pourrait consister à interpréter des données épidémiologiques au regard de leurs conséquences sanitaires et sociales. L'épidémiologie, étude de la distribution des maladies dans une population et de ses facteurs de risque, pourrait être un levier important pour impulser une réorganisation des services de soins en psychiatrie (Directeur adjoint santé publique Ile de France). Elle pourrait également permettre de redéfinir les missions de prévention des secteurs de psychiatrie.

Mais cette argumentation par l'épidémiologie pour orienter les choix d'organisation des secteurs de psychiatrie reste minoritaire parmi les membres du COTER. Ceci s'explique par la présence de professions administratives moins sensibles à cet angle d'analyse. Il faut aussi rappeler la faible légitimité des données épidémiologiques parmi les médecins psychiatres.

« L'épidémiologie, c'est d'abord des registres. En France, on ne sait pas compter. En plus en psychiatrie, c'est quand même relativement complexe, parce qu'il faut se mettre d'accord sur des critères diagnostics, on réussit à peu près entre nous à se décoder mais devant des tiers c'est compliqué. » (Médecin 5)

Arnaud LE HENANFF -

Le sens de la concertation à partir de l'observation de ces données sur les pathologies revient néanmoins dans les propos de plusieurs médecins psychiatres pour lesquels la formulation des problèmes se fait par l'intermédiaire du « *lobbying* » au sein de la CRSA. La CRSA est reconnue comme indispensable par les médecins psychiatres, mais les revendications exprimées dépendent selon eux des poids politiques respectifs des groupes concernés. La capacité des usagers atteints d'une maladie psychique à exprimer leurs positions et la question de l'égalité de compétence des parties prenantes au sein d'une instance démocratique, sont aussi des arguments évoqués pour expliquer cette instance médico-technique en dehors de la CRSA.

L'expertise professionnelle de définirait ici par défaut contre une démocratie d'opinion. Elle ne peut en effet pas conduire à une définition précise des soins, par le biais d'une évaluation scientifique. L'hypothèse d'une homogénéisation des pratiques de soin par la construction d'une expertise commune a été unanimement repoussée par les membres du COTER. Celle-ci repose sur le dispositif d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)¹⁰⁶.

« Il y a une réticence des professionnels de la santé mentale à une évaluation dont on ne connaît pas la validité scientifique et les outils de l'évaluation. Moi je suis prêt à n'importe quelle évaluation à condition qu'elle soit reconnue. Je suis tout prêt à voir quels sont les critères de l'évaluation et à en discuter mais avec les collègues scientifiques, mais pas avec les administratifs. » (Médecin 1).

A contrario, pour les acteurs qui se sentent marginalisés dans l'allocation des ressources, le COTER n'a de légitimité que s'il permettait une présentation de la méthodologie utilisée par l'ARS dans sa prise de décision, à partir des indicateurs et des ratios utilisés, une « *connaissance discriminante des besoins du terrain* ». Le modèle « *décisionniste* »¹⁰⁷ de construction des choix publics est décrit comme insuffisamment structuré. Mais la construction d'une expertise commune qui articulerait une évaluation scientifique des soins et allocation des ressources apparaît comme un chantier complexe, difficilement du ressort de la concertation au niveau régional.

¹⁰⁶ L'EPP, démarche organisée d'amélioration de pratiques est conduite les référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS l'utilise pour promouvoir de nouvelles méthodologies d'évaluation, en laissant une liberté aux établissements pour déterminer les thèmes concernés.

¹⁰⁷ Le modèle **décisionniste** fait référence à la distinction faite par le sociologue Max Weber entre le savant et le politique, supposés vivre dans deux univers bien séparés. Le premier donne les options possibles en fonction de l'état du savoir sur un problème posé par le second. Dans le modèle **technocratique**, c'est le savant qui a l'initiative de la décision.

« On devient moins repérables que les endroits où on devient excellent dans un domaine juste parce un praticien ou deux se sont intéressés à un domaine très pointu, voilà. Ça c'est notre façon d'être dans une politique de soins différente, qu'on pense juste et qui n'est pas plus évaluée, mais qui est plus difficile à évaluer que les autres... Mais on veut qu'à un certain moment, cette option, si les autres n'ont pas encore prouvé qu'elles sont les meilleures, ce soit une option respectable. » (Médecin 3)

L'aspiration à la reconnaissance de politique et de pratiques de soins différentes est supérieure à celle de la participation à une expertise dite « discriminante ».

Mais en tout état de cause l'horizon de l'expertise doit cependant donner une lisibilité à l'instance : il doit s'agir d'un outil méthodologique de recueil de données nécessaires pour éclairer la décision de l'ARS, « structuré par le fait de savoir ce que l'on cherche » (Médecin 1).

Cette sémantique de l'expertise adossée à une appréhension épistémologique de la prise de décision est minoritaire dans le discours des membres du COTER. Cet objectif de construction d'une expertise pose en effet la question de la compétence égale des membres. Les possibilités d'association à la prise de décision en seraient restreintes. La décision perdrait en légitimité ce qu'elle gagnerait en rationalité. L'objectif de construction d'une expertise induit surtout un investissement très important des participants dans un cadre stratégique pacifié.

3.3.2 Une aide à la décision articulée à la traduction de priorités politiques : le processus de mise en œuvre

A travers le reproche récurrent exprimé par presque tous les membres sur le manque de « lisibilité » des objectifs du COTER, il faut comprendre que celui-ci n'est pas encore le lieu d'une rencontre entre les priorités politiques de l'ARS Poitou-Charentes et les priorités des établissements. Le COTER se définit comme une instance de mise en œuvre d'une politique nationale territorialisée. Il présente donc nécessairement deux dimensions, l'une ascendante et l'autre descendante. Le terme de « co-construction » exige, outre la mobilisation d'une expertise pluraliste, la traduction des priorités politiques du décideur d'une part, et des opérateurs de l'action publique d'autre part.

Le concept de « traduction » dans le processus de mise en œuvre défini par Michel CALLON recouvre quatre étapes : *la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés*¹⁰⁸.

L'observation de la réunion du 26 mars sur les relations entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux illustre la difficulté du COTER à exercer cette fonction de traduction dans le processus de mise en œuvre.

A l'occasion de cette réunion, le COTER met sur l'agenda de la concertation plusieurs objectifs évoqués dans les SROS psychiatrie et soins médico-sociaux. La participation des membres est alors étendue à des représentants du secteur médico-social désignés par la sous-commission de la CRSA. Les objectifs énoncés dans le document préparatoire sont :

- La mise en place de lits-halte répit pour les patients porteurs de pathologies chroniques.
- Le développement des compétences des professionnels par la mise en place de formations conjointes entre les professionnels du sanitaire et du médico-social.

La réunion permet à de nouveaux acteurs présents d'exprimer d'autres définitions du problème qui ne sont pas prévus à l'ordre du jour de la réunion. L'étape de *problématisation* dans la mise en œuvre est affectée par une logique du « plaidoyer ». La logique du plaidoyer consiste à vouloir inscrire une nouvelle cause à l'agenda de la discussion. Une impression de dilution du contenu du débat en a été retenue par plusieurs membres.

La problématisation initiale autour des thèmes de l'ordre du jour ne fait pas non plus l'objet d'une adhésion de la part de tous les membres du COTER. Certains considèrent que la mise en place d'un groupe de travail sur le répit aux aidants n'est pas prioritaire dans le cadre général du SROS.

« Le SROS se veut un document généraliste. Je trouve qu'il est important qu'au niveau de la région il y ait une instance qui soit en mesure de dire, on va travailler sur tel ou tel axe. Le bémol c'est que ça ne correspond pas sur tous les points de vue à ce qu'on souhaitait prioriser mais les axes sont clairs » (Cadre de santé 3)

¹⁰⁸ Callon M., « Éléments pour une sociologie de la traduction », *L'année sociologique*, n° 36, 1986, p. 169-208.

L'étape de *l'intéressement* dans le processus de traduction d'une priorité de l'ARS Poitou-Charentes n'est pas plus aisée. Lors de la réunion du 26 mars, l'inscription au groupe de travail sur l'élaboration d'un cahier des charges pour les lits de répit a soulevé la question des retombées concrètes données à l'investissement dans ce groupe de travail.

Dans un espace régional vaste et composite, il est difficile de créer une dynamique d'intéressement des opérateurs parfaitement égalitaire. Le danger est que la mise en œuvre de l'action publique mette à disposition de nouvelles ressources qui renforcent les positions stratégiques des membres. Les analyses des dispositifs de concertation peuvent montrer qu'ils servent surtout ceux qui la servent¹⁰⁹. C'est pourquoi le choix d'une thématique et de sa problématisation n'est jamais neutre pour les opérateurs de la politique de santé mentale.

L'étape de *l'enrôlement* peut aussi être mal vécue si elle ne débouche pas sur des retombées concrètes.

« Et puis il y a une autre chose aussi c'est que dans le cadre des orientations régionales, on est aussi victime parfois des orientations. On essaye de quitter « l'hospitalocentrisme » pour essayer d'aller le plus vite possible vers le domicile. Seulement, ce n'est pas payant budgétairement. Le travail en ambulatoire n'est pas mis en valeur en psychiatrie. 60 % du personnel travaille en ambulatoire : CMP ; CATTP, Hôpitaux de jour. On suit les orientations du SROS mais... » (Cadre de santé 2).

« Aux EGPSM on a fait des fiches actions, qu'est-ce qu'elles sont devenues ? Quelle est l'évaluation qui a été faite ? Ça je trouve que c'est vraiment dommageable. C'est très démotivant pour les hôpitaux. Il faut qu'il y ait du pragmatisme, qu'il y ait une véritable faisabilité. Il ne s'agit pas de faire des projets qui restent des enveloppes vides. Ça c'est inintéressant pour tout le monde. Ça fait des effets d'affichage et en interne, les professionnels ça les démotive de participer à un travail qui ne va pas pouvoir se faire (Chef de pôle 4) »

Le Projet Régional de Santé, structuré autour d'un diagnostic, d'un plan stratégique et de différents schémas et programmes, a enrichi le récit de l'action publique¹¹⁰ autour de la santé mentale. Mais il est ressenti avec un certain scepticisme dès lors qu'il ne donne pas lieu à la création de dispositifs d'actions spécifiques.

¹⁰⁹ Blatrix.C., « Chapitre 8/ Concertation et débat public », in Boraz O. et Guiraudon V. *Politiques publiques 2*, Presses de Science Po « Académique, 2010, p. 228.

¹¹⁰ Philippe S., *art cit.*, p.330.

Au cours de la réunion du 26 mars, la mobilisation des alliés dans la mise en œuvre du projet des formations conjointes pour les professionnels est évoquée : le Conseil Régional, les organismes de financement de la formation continue sont cités. Mais cette mobilisation reste conditionnée à la mise en place d'autres espaces de concertation qui ne sont pas identifiés au cours de la réunion.

Tous les membres du COTER attendent un leadership de la part de l'ARS dans la formulation de priorités qui doivent constituer la base de discussions au cours desquelles elles seront déclinées à partir des enjeux locaux. La référence au Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 pour la conception des SROS puis des projets d'établissements est plus prégnante parmi les représentants des grands établissements. Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale doit rester le cadre de ce que le COTER doit mettre en place dans la région. Il limite l'étendue de « la force de propositions » sollicitée par l'ARS.

La question d'une participation des membres à la définition du calendrier thématique ne fait pas l'objet d'une opinion unanime. Cette question est délicate dans la mesure où elle trace la frontière entre une instance délibérative similaire à une sous-commission de la CRSA et une instance de concertation. Mais surtout elle demande un arbitrage entre deux nécessités¹¹¹ :

- résister aux pressions de certains membres qui demandent que le processus de concertation soit modifié en cours de route (calendrier, ordre du jour, etc.).
- rester flexible et permettre aux participants de s'appropriier le processus et le rendre plus efficace.

A défaut d'une définition autonome des thématiques, certains acteurs semblent réclamer une cohérence dans le calendrier thématique et une transparence dans les critères de choix des thématiques.

« Ce que je trouve, c'est que le groupe de travail sur les aidants, ce n'est pas un point fondamental du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Ce qu'on n'a pas fait, c'est de définir les points sur lesquels on aurait envie de travailler. Vous me posez la question individuellement mais je pense que ça aurait pu faire l'objet d'une réunion de voir ce qu'on aurait envie d'évoquer ensemble » (Médecin 5).

¹¹¹ Guiheneuf P-Y., Richerd-Ferroudji, « Ethique de la concertation et déontologie des praticiens : quelques questions soulevées dans le cadre de l'Institut de la Concertation », www.concerter.org

La lisibilité de l'instance se réfère dans l'esprit de certains à l'antériorité de la concertation conduite dans la région. Le moment des États Généraux de la Psychiatrie et de la Santé Mentale est positivement décrit en ce qu'il est parvenu à aboutir à un consensus difficile sur les problèmes essentiels de la psychiatrie dans la région et les principes d'une organisation cible commune. La productivité des échanges dans les dispositifs est liée à leur permanence dans le temps et à la récurrence des problèmes abordés. La productivité des échanges se manifeste alors par un changement des positions des membres dans le temps¹¹². Or, une perte de la mémoire de la concertation antérieure est reprochée à la mise en place rapide du COTER.

La traduction des priorités des établissements s'exprime par le souci d'une déclinaison dans le cadre des spécificités des territoires.

« Mais si vous voulez on n'est pas dans la démarche où on travaille sur telle donnée, on essaye de travailler localement sur nos enjeux locaux pour les transmettre. C'est plutôt comme ça qu'on veut travailler » (Médecin 3)

« Il faut que l'instance soit un espace où les gens s'investissent pour tenter d'éclairer le questionnement local, pour que l'ARS prennent conscience ces enjeux, ça pourrait être intéressant » (Directeur 1)

La loi du 21 juillet 2009 a rénové la gouvernance de l'Hôpital. Une architecture nouvelle accroît la capacité d'initiative des différents niveaux hiérarchiques de l'Hôpital¹¹³. Dès lors, la traduction d'une priorité par un établissement auprès de l'Agence Régionale de Santé constitue l'objet d'un long travail de concertation en interne. Certains acteurs envisagent déjà le COTER sous le prisme de cette nouvelle gouvernance, faite d'allers et retours entre les différents niveaux de décisions.

« Je suis chef d'un pôle dans lequel on essaye de travailler d'une manière concertée. [...] Il y a des réunions où on aborde toutes ces questions. On essaye d'être dans un double sens, c'est-à-dire des services vers le pôle qui est représenté dans différentes instances de l'Hôpital, et inversement dans une espèce de mouvement ascendant et descendant si on

¹¹² Brugidou M., « Quels critères d'évaluation du débat du débat public ? Quelques propositions » in Blatrix C., *Le débat public : une expérience française de démocratie participative*, Paris, La Découverte « Recherches », 2007, p. 312.

¹¹³ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, *La loi HPST à l'Hôpital, les clés pour comprendre*, p 8.

peut parler comme ça, dans lequel on est parfois débordé par des choses pour lesquelles on n'avait pas une lisibilité particulière. » (Médecin 3)

C'est pourquoi la question du temps de préparation laissé aux réunions et la précision de l'ordre du jour apparaissent comme des conditions décisives pour permettre une rencontre réelle entre les priorités du décideur et des opérateurs. La diffusion de l'information sur le contenu des réunions aux professionnels de terrain qui « *mettent réellement en musique les projets* » (Cadre de santé 1) apparaît également nécessaire. Selon les niveaux d'organisation des soins, un travail d'articulation entre différents dispositifs participatifs dégagés par la sociologie des organisations anglo-saxonne¹¹⁴ peut être envisagé : l'information, la consultation et la concertation.

Le problème pour l'animateur de la concertation est d'identifier les interlocuteurs les plus représentatifs car les organisations des établissements sont très variables. Si dans certains établissements, les médecins psychiatres contrôlent les organisations et les parcours de soins, des mécanismes de délégation de pouvoir aux cadres de santé existent dans d'autres établissements.

Pour qu'une réelle rencontre ait lieu dans la mise en œuvre entre les priorités des opérateurs et celles du décideur, la question du suivi des thématiques a souvent été abordée. Ce suivi se concrétise par la récurrence d'une thématique sur une période étendue. Il se concrétise aussi par un accompagnement dans les contacts bilatéraux entre l'ARS et les établissements.

3.3.3 Une aide à la décision articulée à une coordination des acteurs.

Le concept de gouvernance implique que le leadership de l'ARS reste relatif. Il s'agit des créer les conditions d'une autonomie des acteurs dans l'environnement régional et de favoriser des rapports horizontaux entre les membres du COTER. La concertation se définit par opposition à un processus de délibération qui s'adresse à un public, c'est à dire une entité collective chargée de définir une position commune. Elle s'adresse à des acteurs auxquels on demande d'exprimer un point de vue attachée à leur position. C'est cette expression des points de vue qui permet aux acteurs de se coordonner entre eux.

¹¹⁴Arnstein S., "A Ladder of Citizen Participation" cité dans Blondiaux L., « L'idée de démocratie participative : enjeux, impensés et question récurrentes » in Bacqué M-H. et Rey H., *Gestion de proximité et démocratie participative*, Paris, La découverte « Recherches », 2005, p. 126.

La coordination des acteurs émergerait quand l'instance de concertation parviendrait à promouvoir un principe de « *distanciation* » de l'acteur (Directeur Général ARS Poitou-Charentes) par rapport à une vision patrimoniale de son territoire. Les participants du COTER peuvent prendre conscience de dysfonctionnements ou de besoins non-couverts dans leurs services à l'occasion du récit des expériences des autres. Par un partage des innovations organisationnelles, le COTER stimulerait les capacités d'initiative acteurs et les encourageraient à mutualiser leurs ressources. Cet objectif de coordination demande l'engagement d'un processus d'apprentissage qui peut prendre plus ou moins temps chez certains acteurs.

Ce processus est marqué par un degré d'incertitude qui dépend des personnalités présentes et de leur volonté de « *faire vivre la concertation* » (Directeur Général ARS Poitou-Charentes).

« Pour l'instant c'est un recueil des points de vue [...] Quand vous mettez en place une instance, il faut prendre l'habitude pour savoir que c'est dans cette instance là qu'on va aborder tel ou tel sujet, finalement qu'il y ait une maturité des acteurs par rapport au fonctionnement de cette instance. Et après elle devient pertinente en tant que telle en tant que production. » (Directeur 3)

Par des échanges réguliers, l'instance de concertation vise à pérenniser les tactiques et stratégies en routines. L'incertitude autour de la coopération diminue, ce qui produit l'apprentissage d'une relation complémentaire et non plus conflictuelle¹¹⁵.

Certains membres du COTER revendiquent déjà une autonomie dans la réalisation de projets qui ne dépendent pas de l'ARS, notamment dans la mise en place de dispositifs intersectoriels. La coordination s'instaure selon eux logiquement dans un contexte budgétaire difficile. Elle contraint les acteurs à rationaliser et à coopérer. En revanche, la demande de reconnaissance et d'accompagnement de l'ARS dans le suivi des actions est jugée indispensable.

Les réactions au contexte budgétaire sont différemment interprétées selon d'autres interlocuteurs dans la mesure où celui-ci favoriserait des stratégies non-coopératives.

¹¹⁵ Simard L., Fourniau J-M., « Ce que débattre nous apprend. Eléments pour une évaluation des apprentissages », in Blatrix C. et al, *op. cit.* p. 321.

« Je pense qu'on pourrait s'enrichir les uns les autres, mais que quelques fois quand quelqu'un montre ce qu'il fait de bien, c'est sans que ce soit dans un échange de collaboration. On n'est pas là-dedans dans le Poitou-Charentes, je ne sais pas si c'est comme ça ailleurs. C'est beaucoup regardez moi ce que je fais, c'est normal. Il y a des problèmes de budget, alors chacun essaye de tirer la couverture à soi. » (Médecin 6)

La hausse des files actives et l'urgence du travail à assurer constitue un obstacle important dans la découverte concrète du fonctionnement des autres organisations. Cet argument est avancé par certains médecins psychiatres interrogés. Mais beaucoup reconnaissent l'intérêt d'un COTER en tant que simple lieu de rencontre qui permet d'avoir un premier éclairage régional avant de s'engager dans la réalisation d'un projet. Ce sont surtout les cadres de santé qui font part du constat que les secteurs n'ont plus les moyens de construire des projets les uns à côtés des autres.

« Si on veut monter une structure pour adolescents, quel sens ça a si avant on ne s'est pas demandé s'il n'existe pas un endroit où on pourrait optimiser ou mettre en commun ? C'est ça que le COTER peut nous apporter, c'est sur une thématique un éclairage régional que nous on n'a pas forcément, qu'on n'est loin d'avoir sur certaines problématiques. » (Cadre de santé 1)

Le cloisonnement qu'il s'agit de rompre existe également entre les secteurs sanitaires et ceux de l'éducation et de l'hébergement. Il commence à s'effacer selon certains membres (Représentants des usagers, cadre de santé 2) mais nécessite d'autres espaces de rencontres qui lui seraient consacrées. La coordination des acteurs repose surtout sur le développement de relations bilatérales entre les partenaires afin de ne pas multiplier les espaces de concertation institutionnalisés. Certains des cadres de santé reconnaissent qu'ils ne peuvent pas être dans tous les espaces de concertation et qu'ils ne sont pas compétents pour parler de tous les sujets.

L'objectif de coordination manifeste une vision horizontale et incrémentale de l'émergence d'une politique. Selon ses partisans, il est impossible d'envisager une homogénéisation des organisations. Il faut éviter l'écueil du centralisme, expliciter les principes d'organisation et les offres existantes pour favoriser les rapprochements et la mutualisation. C'est pourquoi l'attente d'une formalisation des structures, d'un « état des lieux de l'existant », est un leitmotiv dans le discours de ses partisans.

L'objectif de la coordination sollicite moins des acteurs la formulation de priorités politiques locales afin de prendre la bonne décision, que le partage de leurs compétences et de leur ressources.

3.3.4 Une aide à la décision articulée à une délibération sur les valeurs ?

Par hypothèse, le COTER n'est pas une instance démocratique dans la mesure où il n'est pas une sous-commission de la CRSA. Pourtant, l'exemple des États Généraux de la Psychiatrie et de la Santé mentale tenus en 2009 a montré que les acteurs de la psychiatrie se sont déjà engagés dans un travail de consensus sur une organisation cible formalisé par un document.

L'« organisation cible » décrite dans le rapport¹¹⁶ insistait sur la promotion de la pluridisciplinarité et le travail en réseau des secteurs psychiatriques, l'investissement des médecins généralistes et des psychiatres libéraux dans ce travail en réseau. Les États généraux ont fait apparaître le besoin important d'identification de structures référents en expertise et en prises en charge concernant certaines pathologies. Les mesures réclamées portaient sur le travail de formalisation des rôles des professionnels et de l'offre de soins disponible afin de mener une réflexion stratégique.

En l'absence de sous-commission à la CRSA, l'instance pourrait exercer une fonction délibérative vis à vis des autres acteurs de la santé. Cette préoccupation n'a été évoquée que par une seule personne interrogée.

« Moi je n'ai pas l'impression qu'on soit bien compris par l'agence sur ce qu'on est, alors qu'on est dans la psychiatrie en avance sur le parcours de soins puisqu'on expérimente ça depuis longtemps. Je pense qu'on a des choses à dire là-dessus, peut être que l'agence le sait déjà et que je me trompe [...] Moi ce que je trouve généralement, c'est que l'agence ne connaît pas bien le travail psychiatrique de secteur, qui est la base de notre travail et de ce qu'on défend. Et ça ce serait intéressant qu'on ait au niveau du COTER des échanges plus larges, on pourrait faire de l'information sur notre travail de secteur, ce qu'on entend par là. » (Médecin 6)

La fonction délibérative repose sur la capacité des membres COTER à produire des représentations communes sur les missions de la psychiatrie dans le cadre d'un débat

¹¹⁶ ARH Poitou-Charentes, *Psychiatrie et santé mentale en Poitou-Charentes : de la définition d'une stratégie régionale à la mise en œuvre d'un plan d'actions*, États généraux de la santé mentale, avril 2009.
Arnaud LE HENANFF -

public plus large. Les membres quittent le statut d'acteurs attachées à des positions stratégiques pour former une entité collective qui se définit vis à vis de l'extérieur. La définition de représentations communes est un préalable pour engager des discussions avec les représentants du secteur médico-social d'autant que la vision du secteur psychiatrique par le secteur médicosocial est ressentie comme « *stigmatisante* » (Médecin 2). Or les représentations divergentes ne se cristallisent pas toujours au sein du COTER (Médecin 3).

« Bien sûr, c'est sûr qu'il y a des différences, des représentations, des obédiences, mais elles restent encore aujourd'hui dans du non-dit. Je pense qu'en prenant une prise en charge, une thématique, en mettant tout le monde autour de la table, je pense que là oui, les choses vont s'exprimer. Et que les choses pourront avancer. » (Directeur 3)

Bien qu'il y ait un attachement de certains médecins à la dimension « *clinique* » de la discipline psychiatrique (Médecin 6), la référence de la transversalité de la santé mentale est intériorisée par tous les membres du COTER. La nécessité d'une amélioration du parcours de soins intra-hospitalier et extra-hospitalier est évoquée à plusieurs reprises, ainsi que le problème des hospitalisations inadéquates qui entraîne une sur-occupation des lits. En vue d'avoir une réelle emprise sur le changement, il est cependant difficile d'envisager que l'exercice d'une fonction délibérative n'ait lieu qu'au sein du COTER :

« A quoi sert l'hospitalisation complète ? Quelles sont les indications d'une hospitalisation complète et quelles sont les déclinaisons pour les soins ambulatoires ? Parce qu'il y a des hôpitaux qui gardent énormément des patients au long cours qui pour moi ne relèvent pas d'une hospitalisation complète mais d'un soin plus séquentiel. Ça, c'est un sujet qu'il faut évoquer à l'intérieur de l'hôpital, il faut qu'il y ait une dynamique à l'intérieur de l'Hôpital. » (Médecin 4).

Par exemple, le problème de la démographie médicale oblige à repenser de manière commune les rôles des différentes professions de santé, ce qui explique aussi le relais d'une délibération au sein de la communauté médicale des établissements.

« Ce qui va évoluer, c'est la place du médecin au niveau de ce dispositif. Le psychiatre ne peut pas tout faire. Ça va faire changer la pratique des infirmiers et des psychologues. Nous on essayé de prendre les devants : les psychologues et les infirmiers ont pris une place différente. » (Cadre de santé 1)

On comprend dès lors que si le COTER veut engager un travail délibératif sur les représentations, l'ouverture du spectre de l'instance en termes de professions représentées devra être plus large. Seule cette ouverture garantira une effectivité du débat à d'autres

échelons de la concertation. Ce qui est en jeu à travers la fonction délibérative, c'est la co-construction de thèmes fédérateurs qui donneraient une véritable identité à la politique régionale.

Les Etats Généraux de la santé mentale sont une démarche originale similaire à celle conduite sur la psychiatrie infanto-juvénile en Seine Saint-Denis. Par le cadrage des enjeux du débat selon une méthodologie d'analyse structurée, la fonction technique et la fonction démocratique entrent ici dans une « *interférence positive* » (Directeur adjoint santé publique ARS Ile de France). Des nouveaux rapports d'alliances s'instaurent entre les professionnels et des nouvelles catégories d'usagers de la santé mentale.

3.4 Le périmètre des acteurs associés au COTER

Le COTER psychiatrie et santé mentale a posé le principe d'une participation des représentants des établissements d'hospitalisation des soins en santé mentale. Deux représentants par établissement sont conviés aux réunions : un directeur d'établissement, un président de CME si l'établissement spécialisé en santé mentale ou chef de pôle dans le cas inverse. Un responsable d'établissement de psychiatrie infanto-juvénile et un représentant des familles d'usagers sont aussi membres de l'instance.

L'évaluation du périmètre des acteurs associés au COTER dépend de l'objectif prioritaire assigné au COTER : l'ARS cherche-t-elle la décision rationnelle qui se réfère à l'expertise, la décision efficace qui se réfère aux orientations et ressources des opérateurs, ou la décision légitime qui résulterait d'une délibération ?

Il importe de séparer une évaluation relative aux objectifs retenus pour le COTER, de l'évaluation des modalités de l'association indépendantes de la configuration retenue.

3.4.1 L'évaluation du périmètre relative aux objectifs

L'objectif de la mise en œuvre des orientations de l'ARS pose la question de la présence de toutes les parties-prenantes. Sur ce point il a été relevé que « *Le COTER est intéressant dans la mesure où il n'est pas qu'administratif, où il est partagé entre les différents acteurs qui interviennent. Je me livre... Par exemple dans la réunion de 2012 sur la loi du 5 juillet 2011, c'est vrai que de là où on se situe, on n'a pas forcément le même regard. Le médecin*

va raisonner par rapport à son patient [...] Il va y avoir aussi des directeurs d'hôpitaux et là il va y avoir des raisonnements qui vont être sécuritaires.» (Cadre de santé 2)

La présence de personnels médicaux et non-médicaux limite aussi les influences respectives des personnels administratifs en vue d'une mise en œuvre équilibrée des orientations. En revanche dans un objectif de mise en œuvre de la politique régionale, la présence des représentants des collectivités territoriales pourrait être pertinente, dans la mesure où la concrétisation de dispositifs de coopération rencontre parfois des enjeux politiques qui dépassent les logiques professionnelles (Directeur 3).

Mais le spectre de la participation s'élargit lorsqu'on prend également en compte la nécessité de faire valoir les points de vue des opérateurs de terrain dans la mise en œuvre du SROS :

«Après il faut avoir des acteurs de première ligne autour de la table, à la fois des administratifs et il faut des personnes qui déclinent les soins et qui vont vous dire ça en théorie c'est très joli mais ce n'est pas faisable on ne peut pas le faire. Il faut que la composition permette cette mixité, ça c'est clair, sinon... » (Médecin 4)

Cette observation pointe la nécessité de distinguer les deux niveaux de concertation mentionnés dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 : le niveau stratégique qui est celui de la région et les niveaux opérationnels qui sont ceux du territoire de santé et des secteurs. Du point de vue de ce niveau opérationnel, l'association actuelle des cadres de santé est pertinente. Elle l'est également au regard d'un objectif de coordination des acteurs de la profession.

« La Rochelle est souvent représenté par le Directeur, le Chef de pôle. Je connais moins les représentants des soins. Donc vous voyez, des choses comme ça, ça a un sens. » (Cadre de santé 2)

La représentation des usagers prend sens en vue de définir les objectifs du système de soins en fonction des leurs besoins et non de ceux des organisations (Représentant usagers). Dans le domaine de la santé mentale, la définition des parcours de soins pose avec acuité la question des besoins et de la liberté des patients. Les représentants des usagers apportent ici leur regard critique sur les finalités des soins et des services. On est ici dans le registre délibératif assigné à l'instance. Or le point de vue n'est porté que par deux représentants. Cette représentation restreinte des usagers et de leurs familles est justifiée si l'on considère que le COTER a d'abord, par hypothèse, un objectif de mise en œuvre.

Elle a néanmoins à l'heure actuelle une valeur importante déduite de l'absence de sous-commission constituée par la CRSA sur la politique de santé mentale.

« Oui je pense que c'est bien. Je ne suis pas la seul je pense, on travaille régulièrement avec l'UNAFAM. Je sais que symboliquement, c'est important d'avoir un usager. Mais quand on doit discuter sur des choses très techniques, il ne faut pas non plus qu'il y ait trop de représentants des usagers » (Chef de pôle 3)

La présence des psychiatres libéraux et des médecins généralistes a aussi une pertinence du point de vue de l'objectif d'un système de santé dont le centre de gravité se déplacerait vers les soins de premier recours. La légitimité est néanmoins remise en cause par certains membres du COTER qui insistent sur le fait que la continuité des soins peut difficilement être envisagée concernant des usagers atteints de pathologies lourdes.

« On ne peut pas avoir d'aide des psychiatres libéraux dont les patients ont en général en gros des troubles anxio-dépressifs. Les psychotiques dangereux, ils les envoient à l'hôpital et surtout ils ne souhaitent pas les revoir. On ne peut pas les laisser dans un cabinet de consultation » (Médecin 2)

La vision d'une politique de santé mentale unifiée autour d'un continuum entre la souffrance psychosociale et les situations pathologiques fait face au constat de la raréfaction des psychiatres libéraux dans tous les territoires de la région. Quant à l'évocation d'une participation des médecins généralistes, la cohérence entre les volets « psychiatrie » du SROS hospitalier et le SROS soins ambulatoires suffirait selon certains à engager un mouvement d'intégration des soins de ville. Cette observation met en lumière les limites que pointent certains professionnels quant à leur responsabilité en matière de coordination des politiques sectorielles.

D'autres acteurs du COTER avancent un argument plus pragmatique qui tient au caractère récent de l'instance dont le périmètre n'a pas encore trouvé sa cohérence. Il apparaîtrait en revanche logique que le groupe s'élargisse en vue de répondre au caractère transversal de la politique de santé mentale.

« Oui on peut parler des médecins libéraux, des psychiatres, des associations comme l'UNAFAM qui réclament de participer à la définition des priorités en santé mentale. Mais je ne sais si on aurait un gain de productivité à les associer vraiment. Par contre, il est important de recueillir leur ressenti sur des problématiques rencontrées dans leur pratique

quotidienne. Les médecins généralistes pourraient dire ce à quoi ils sont confrontés, une absence de proximité de l'hôpital par exemple. » (Cadre de santé 3)

Les acteurs des soins de ville sont présents dans les instances de concertation dans l'ARS Nord-Pas-de Calais. Ceci va dans le sens de thématiques axées sur la prévention ou la santé mentale positive. Mais cette présence exige une capacité de représentation et une disponibilité de ces professions pour un investissement dans des instances de concertation.

L'intégration de représentants du secteur médico-social au cours de la deuxième réunion répond au même objectif d'implication des parties prenantes à la politique de santé mentale. Les membres du COTER ont accepté le principe de cette implication qui va dans le sens d'une intégration des projets de psychiatrie dans la cité. Selon certains, cette implication doit concerner d'autres acteurs comme la justice ou l'éducation.

L'observation du public présent à la réunion a cependant montré que les professionnels de la santé mentale étaient moins présents qu'aux autres réunions du COTER centrées sur la psychiatrie. Cette réunion consacrée à l'articulation des organisations serait moins l'occasion pour certains professionnels d'apporter leur expertise. L'enjeu stratégique a sans doute aussi été moins bien perçu.

La question du niveau territorial adéquat d'une concertation a été soulevée dans la mesure où chaque département les secteurs psychiatrique a tissé des relations particulières avec les acteurs médico-sociaux.

« Oui il faut qu'on se connaisse au niveau du département et puis qu'il y ait des représentants du médico-social au niveau régional, c'est moins important. Moi je crois que le pivot, ce sont les maisons, MDA, MDPH, MAIA [...] Ce sont les maisons qui déterminent le niveau de la concertation sur les articulations. Après qu'il y ait une supervision par l'ARS, c'est important. » (Médecin 2)

Dans le cadre de cette logique institutionnelle, le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 recommande lui aussi une implication des acteurs sociaux et médico-sociaux au niveau des territoires de santé.

A l'égard de l'objectif d'une structuration de l'expertise, des personnalités extérieures ayant des compétences spécifiques n'ont pas encore été invitées au sein du COTER.

3.4.2 L'évaluation des modalités de l'association

Le déroulement des réunions est caractérisé par une incertitude quant aux personnes invitées et la répartition du public.

« Suivant les thématiques, il faudrait qu'on puisse inviter d'autres professionnels soit médicaux, soit non médicaux quand il y a une thématique particulière. Notamment sur la gestion des risques on ne savait pas trop si on pouvait faire appel à un gestionnaire des risques. » (Directeur 2)

Les membres du COTER ont mis en avant le manque de lisibilité de la composition de l'instance. Ce constat est dû à l'absence de liste formalisée nommant les membres de l'instance à l'occasion des invitations. Les noms des personnes présentes aux réunions ne sont également pas mentionnés dans les comptes-rendus.

Les problèmes de disponibilité des personnes invitées ainsi que l'invitation de représentants du secteur social et médico-social ont favorisé l'impression d'instabilité de la composition de l'instance. Cette stabilité de la composition est jugée indispensable par beaucoup de membres pour donner une cohérence et créer les conditions d'une bonne interconnaissance. Mais selon les thématiques abordées, une certaine souplesse est aussi réclamée afin de pouvoir inviter des personnes extérieures disposant d'une expertise particulière sur la thématique, tout en respectant une relative égalité du nombre de personnes représentant chaque établissement.

« Dans la mesure où il y a un Directeur, un président de CME ou un chef de pôle quand c'est un hôpital général, moi je trouve que c'est pertinent dans la mesure où ce sont les gens qui représentent l'établissement. » (Médecin 5).

La composition du COTER repose sur une logique « délégative »¹¹⁷ qui relève d'un système de représentation traditionnel : l'association à la mise en œuvre de la politique de santé est réservée à des personnes considérées par l'ARS Poitou-Charentes comme des spécialistes de la question. Outre leur expertise, c'est surtout leur représentativité de la position de l'ensemble de l'établissement qui est présumée de leur fonction.

« La question c'est qu'il ne faut pas qu'on ne représente pas que soi, il faut qu'il y ait ce dont vous parliez tout à l'heure : un niveau intermédiaire. » (Médecin 3)

¹¹⁷ La procédure délégative s'oppose à la procédure dialogique où le débat public est ouvert à un plus grand nombre de participants. Callon, M. Lascoumes P., Barthes Y., *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001.

Afin de s'assurer d'une effectivité des conditions de mise en œuvre de la politique de santé mentale, la concertation au sein du COTER ne peut respecter qu'une stricte logique « délégative ». Elle doit s'appuyer sur des espaces intermédiaires composés d'autres professions de santé des établissements de santé mentale.

Dans cette perspective, l'effectivité de la mise en œuvre dépend de la diffusion des comptes-rendus du COTER auprès de la communauté des acteurs de santé.

« La diffusion, ça ne me gêne pas, je ne considère pas ça comme de la confidentialité. Quand on met ses cellules grises sur la table, je ne vois pas la clôture organisationnelle de l'instance. Il serait dommage que l'ARS n'en profite pas. Mais il serait bien aussi que la communauté professionnelle, les familles aient ces trucs là. Pour moi la psychiatrie est une psychiatrie citoyenne, ce n'est pas une psychiatrie de spécialiste. » (Chef de pôle 1)

Les comptes-rendus du COTER ont la qualité de documents administratifs consultables par tous les administrés. Néanmoins, une réflexion est à conduire sur les destinataires privilégiés en fonction de l'objectif principal de l'instance : expertise, mise en œuvre, coordination, délibération.

Les différentes instances de la CRSA doivent pouvoir formuler des avis sur les comptes-rendus de la CRSA. C'est le cas dans les autres agences régionales de santé où une instance à vocation technique a été mise en place.

3.5 Les modalités de la discussion au sein du COTER

3.5.1 Les conditions du pluralisme

Le pluralisme dans les échanges dépend de nombreux facteurs. Nous n'avons pu en distinguer que quelques-uns :

La fixation du lieu où se déroulent les réunions qui permet un égal accès au débat. Elle a souvent été évoqué par les membres du COTER qui ont apprécié la décentralisation de la deuxième réunion à Niort. Ce lieu a permis des déplacements moins longs pour certains participants dont le lieu d'activité professionnelle est très éloigné de Poitiers.

Le degré d'interconnaissance qui favorise la liberté de parole. L'intensité et la topographie des réunions influent sur ce degré d'interconnaissance. Le déroulement des réunions sous la forme d'une table ronde est également privilégié par les participants en vue de favoriser des échanges interactifs. L'observation de la réunion du 26 mars 2013 a permis de constater que l'élargissement de l'instance à nouveaux participants nuit à

l'interconnaissance des membres et la capacité d'échanges interactifs. Un temps long, bien que nécessaire, est consacrée à la présentation des participants et des problématiques locales. Le degré d'interconnaissance entre les membres du COTER a fait l'objet d'appréciation divergentes au cours des entretiens.

« Non. Moi je ne vois pas mes collègues tous les 2 matins. Je ne connais même pas les noms de médecins qui sont à La Rochelle » (Médecin 1)

« Les acteurs se connaissent bien entre eux, moi pas particulièrement mais les médecins connaissent bien les positions des uns et des autres. Moi ce qui me fait dire ça c'est les échanges avec le chef de pôle, qui me dit : oui mais un tel voilà... On se rend compte qu'ils ont l'occasion de se rencontrer dans d'autres champs, soit dans le cadre de la formation... ça reste un petit monde » (Cadre de santé 3)

Ces propos contradictoires permettent d'émettre l'hypothèse qu'il y a une connaissance mutuelle des membres relative aux représentations de chacun. Mais cette connaissance n'a pas encore permis l'apprentissage de relations complémentaires. Beaucoup de membres ont fait la remarque qu'ils ne connaissent pas précisément les caractéristiques de l'offre de soins située dans autre un territoire de santé.

De cette interconnaissance relativement faible entre les membres, il faut déduire une taille critique de l'instance restreinte pour permettre une discussion constructive. C'est également un souhait exprimé par les membres du COTER.

« Quand tous les établissements sont présents, on est un groupe relativement nombreux pour travailler » (Directeur 2)

« Si c'est un amphithéâtre, c'est plus la peine. Il faut pouvoir une communication en convivialité, de partage, déjà que tout le monde puisse s'exprimer. Moi je crois que les groupes jusqu'à 15-20 personnes, ça va. » (Cadre de santé 2)

Un autre critère plaide en faveur d'un nombre restreint de participant : le pluralisme des positions exprimées. La finalité du débat public est de produire une cristallisation des représentations des problèmes et des stratégies des acteurs. L'acculturation au débat conduit à une évolution des positions comme cela a été constaté dans les instances des ARS Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes. Plusieurs hypothèses sont possibles quant aux conditions qui favorisent une cristallisation des positions.

« Est-ce que les positions se cristallisent bien dans les discussions ? Pas forcément je trouve, parce que les gens changent quand même. Mais il faut que les gens changent pour que ça évolue aussi. » (Médecin 5)

Ce point de vue ambivalent exprime l'idée que l'entrée de nouveaux acteurs dans la discussion peut aussi favoriser un changement dans l'agencement des positions de chacun. Le pluralisme tel qu'il a été analysé au cours des trois premières réunions a été bien perçu par les membres, qui appréhendent l'instance comme l'opportunité d'une liberté de parole.

Le constat des temps de parole non équivalents entre les participants ne provoque pas de remise en cause des modalités de la discussion dans le sens d'une plus grande formalisation de la discussion. L'animation des réunions par la référente doit permettre de faire respecter le pluralisme des échanges.

3.5.2 Les conditions de l'efficacité

Au cours de la réunion du 26 mars 2013, l'itinéraire de la discussion est caractérisé par une certaine incertitude. L'animateur doit à certains moments rétablir l'ancrage régional de la discussion lorsque sont évoqués des critères d'allocation des moyens dans les établissements médico-sociaux qui relèvent de la compétence nationale. L'ancrage régional du débat à partir des récits des problématiques locales et des retours d'expériences est aussi délicat à établir.

L'écueil de la discussion consiste à ne pas tomber dans ce qui relève de la simple « conversation » improductive (Médecin 3). La concertation doit en même temps ne pas rester circonscrite à des discussions « *ultra-techniques* » et conduire à une montée en généralité. Cette montée en généralité est en effet nécessaire pour déduire des caractéristiques des soins des conséquences organisationnelles et des objectifs globaux.

« Le débat est de qualité. Il est lié aux personnalités qui sont fortes et qui travaillent sur le champ de la santé mentale dans leur établissement depuis longtemps. Certains ont un niveau d'écoute, au sens de ce qu'on en retire derrière, plus important que d'autres. » (Cadre de santé 3)

La qualité intrinsèque du débat est jugée positivement mais la question de ses effets sur le changement reste posée. Cette question conduit à réfléchir à la temporalité du débat consacré aux thématiques et aux rôles attribués à l'écrit et à l'oral dans sa conduite. Un temps suffisant doit être laissée aux organisations pour conduire une collecte

d'informations et une concertation interne (Médecin 3). Cette phase d'expression des positions doit être distinguée de celle du regroupement et de la discussion proprement dite entre les participants (Médecin 4). C'est pourquoi sur certaines thématiques, il serait possible d'envisager deux réunions, l'une exploratoire et l'autre de synthèse.

« *Le consensus sur la révision du SROS s'est fait naturellement. Et puis après on nous a envoyé un compte-rendu, on pouvait apporter des modifications sur un point sur lequel on n'était pas d'accord quand ça concernait un département par exemple* » (Directeur Adjoint 1)

On peut estimer que la formalisation écrite des positions dans les échanges clarifie les règles de la procédure de concertation et favorise l'égale participation de chacun. Toutefois, les acteurs qui ont participé à des mécanismes de délibération par écrit tels que le celui du « méta-plan » ont estimé qu'il n'était pas transposable dans le COTER. Le degré de maturation de l'instance, au regard de l'explicitation et l'appropriation de ses objectifs par les membres, ne permet pas actuellement d'envisager ce type d'outils de discussion.

En tout état de cause, le caractère exhaustif des comptes-rendus des réunions est souligné comme déterminant pour établir une continuité entre les réunions, notamment lorsque des membres ne sont pas présents à une réunion.

3.6 Les recommandations pour la pérennisation de la concertation

3.6.1 L'horizon de la concertation dans la région Poitou-Charentes

Nous avons mentionné dans notre méthodologie d'évaluation que l'absence de cadre réglementaire assigné à la concertation en santé mentale depuis 2009 justifiait le pôle exploratoire dans notre démarche d'évaluation. Il faut néanmoins rappeler que le pôle critique ne se réfère quant à lui pas seulement qu'à une théorie de la concertation, mais aussi à « l'esprit » du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.

La nouveauté de ce Plan est d'introduire une nouvelle partie qui porte sur la gouvernance en santé mentale, apte à « traduire les objectifs en changements concrets »¹¹⁸. Il assigne au dispositif « *départemental* » un rôle « *indispensable* » pour décliner la politique régionale

¹¹⁸ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, p. 34.

et faire le lien avec les acteurs et instances locales intéressées par la santé mentale. Il semble que la Direction Générale de la Santé, chargée de piloter la mise en œuvre du Plan, soit attentive à l'émergence d'un niveau local capable de formaliser les missions des établissements, et leurs situations particulières dans l'environnement. La référence au « département » et non au territoire de santé laisse entendre que l'implication des MDPH, des Maisons des Adolescents, des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer est indispensable dans cette optique de formalisation de l'existant et de coordination des prises en charge.

Le niveau départemental doit donc être le niveau privilégié de la concertation ou se déploient les objectifs de mise en œuvre et de coordination des acteurs que nous avons explicité dans nos résultats. La démarche conduite par l'ARS PACA s'inscrit dans l'horizon de cette structuration homogène des niveaux intermédiaires en assumant une fonction stratégique rassemblant un nombre très important d'acteurs. Nous pensons qu'elle doit également constituer l'horizon d'action du COTER « psychiatrie et santé mentale » en Poitou-Charentes à *moyen terme*.

Le problème est que cette fonction stratégique de structuration de la mise en œuvre transversale de la politique de santé mentale dépend préalablement d'une bonne interconnaissance entre les professionnels de la santé mentale. Elle dépend *in fine* d'un accord sur les missions et valeurs des secteurs de psychiatrie. Avant d'envisager un dialogue régional avec les représentants des collectivités territoriales, les acteurs médico-sociaux et les médecins libéraux sur une « maquette » de concertation locale, l'assemblée des professionnels de la santé mentale a besoin de se structurer en tant qu'entité collective sur des points de convergences.

Pour résumer notre point de vue, nous défendons une approche « pragmatique » du processus d'acculturation à la concertation qui fait prévaloir à court terme l'exigence d'une discussion récurrente sur celle d'une participation étendue. Le constat de l'hétérogénéité des établissements de santé mentale et d'un passé conflictuel étaye ce point de vue. La centralité actuelle des établissements hospitaliers en termes d'offre par rapport aux places rares dans le secteur médico-social est aussi un élément à prendre en compte.

Parmi les fonctions que nous avons dégagées, l'expertise et la délibération sur les valeurs ne sont donc pas à exclure du travail assigné à l'instance. C'est en travaillant sur des thématiques précises, avec des données objectives et l'invitation d'experts extérieurs si possible, que les représentations des acteurs pourront être énoncées. Dans cette optique, il nous paraît important de réactiver la mémoire de la concertation par une reprise des axes

d'actions dégagés lors des Etats Généraux de la Psychiatrie et de la Santé mentale. Le guide de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale « pour une démarche plurielle de conduite du changement » pourrait être une base de travail intéressante pour définir le cadre global du parcours de soins des usagers dans la région.

A moyen terme, l'instance devra s'attacher à structurer le cadre de la gouvernance régionale par l'intégration des autres acteurs de la santé mentale précités. Elle devra aussi définir quels sont les outils à privilégier pour affiner la coordination des acteurs locaux : les groupements de coopération en santé mentale, les conseils locaux de santé mentale, etc.

A long terme, la fonction de délibération devra être assurée au sein de la CRSA, au mieux au sein d'une sous-commission où sera exercée une représentation large des usagers des services de santé mentale. Le COTER pourra alors se concentrer sur des missions de mise en œuvre (traduction des orientations nationales, éclairage sur les enjeux locaux) et d'expertise (interprétation des données d'activité des secteurs et des données épidémiologiques).

L'intervention et la coordination des professionnels de l'ARS pour assurer la circulation des informations et la cohérence du travail concertation entre les niveaux départementaux et régionaux nous paraissent indispensables. Le Plan Santé Mentale invite à ce que les instances locales de concertation fassent le lien avec les Conférences de territoires.

Il nous paraît pertinent de ne pas vouloir multiplier les instances par la création de sous-commissions et de groupes de travail dans l'immédiat. La concertation technique, pour être efficace et lisible quant à ses objectifs, a besoin en parallèle d'une démocratie sanitaire vivante et elle aussi experte. Le pilotage du COTER régional et des espaces locaux de concertation devra ainsi être attentif à l'évolution des instances de la démocratie sanitaire : l'étendue des participants intéressés par la santé mentale, les thématiques qui sont saisies par les instances démocratiques et la manière dont elles sont problématisées.

La démocratisation du débat sur la santé mentale est à l'heure actuelle indéterminée quant à sa finalité : quel arbitrage entre la liberté des patients et la sécurité de la collectivité ? Quelles doivent être les limites des soins assignables au système de la psychiatrie publique ?

3.6.2 Les recommandations pratiques sur le COTER à court terme

Dans l'immédiat, certaines recommandations pratiques peuvent être émises afin de pérenniser le processus de concertation à l'échelle de la région:

- Une formalisation de la liste des personnes membres du COTER afin de favoriser la lisibilité du périmètre de l'instance. La mention des personnes présentes aux réunions doit également être envisagée.
- Un équilibre dans la composition du COTER entre les personnels médicaux, non-médicaux et administratifs afin de favoriser le pluralisme des expertises.
- L'inclusion de professionnels des délégations territoriales de l'ARS Poitou-Charentes dans le COTER en vue de la définition d'un interfaçage avec les espaces locaux de concertation.
- Une association des membres à la définition du calendrier des thèmes abordés en vue de favoriser leur appropriation de l'instance. Le rapport des Etats Généraux de la Psychiatrie et de la Santé mentale, ainsi que le guide de la MNASM pourraient constituer la base de travail dans la discussion autour de ce calendrier thématique.
- Une alternance claire dans le calendrier thématique entre des sujets techniques relatifs aux parcours de soins (identification des facteurs de prolongations des séjours hospitaliers, les contenus des formations utiles pour l'exercice de soins en santé mentale) et des sujets relatifs à la gouvernance de la politique régionale de santé mentale (les groupements de coopérations en santé mentale, les périmètres et missions des espaces locaux de concertation).
- Une récurrence de certaines thématiques d'une année sur l'autre afin d'évaluer les effets des mesures avancées, avec la mise en place d'outils de suivi tels que des tableaux de bord.
- Le traitement de certains sujets techniques en deux réunions, l'une exploratoire et l'autre de synthèse.
- Une réflexion sur les destinataires des comptes-rendus des réunions du COTER dans les territoires de santé.
- Une réflexion sur les données d'activité des secteurs et les données épidémiologiques en région qui sont pertinentes en tant qu'objet de discussion au sein du COTER afin de participer au pilotage de la politique régionale.

- La fréquence des réunions doit concilier l'objectif d'une bonne interconnaissance entre les membres du COTER par des rencontres régulières, un temps suffisant pour préparer les réunions, la prise en compte de la rareté du temps médical et l'ambition de construire un calendrier thématique large. Le compromis qui nous semble acceptable se situerait autour de six réunions par an.

2^{ème} PARTIE : ANALYSE REFLEXIVE DE LA MISSION DE STAGE

Notre réflexion à l'issue de ce stage porte sur l'impact des démarches d'évaluation sur la conduite des réformes des systèmes de soins. L'exigence d'évaluation est prégnante dans les discours des décideurs mais peine à réellement impulser des redéfinitions de la politique de santé mentale. Ceci tient à la difficulté de rendre compte de la logique d'intervention d'une politique de santé mentale face à la résolution de certains problèmes. Cette restitution logique est nécessaire afin de construire une évaluation qui soit un outil de changement. C'est pourquoi nous avons souhaité inclure dans cette partie réflexive une proposition de modélisation d'un programme de concertation, ainsi qu'une proposition de protocole en vue d'une évaluation ultérieure de la concertation.

1. LES APPORTS ET LES LIMITES DE L'EVALUATION DU COTER

1.1 L'intérêt de l'évaluation d'une instance de concertation

Un rapport récent de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a mis en perspective les évolutions des dispositifs des soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie¹¹⁹. Les données de cadrage de ce rapport comparent les taux de mortalité standardisés par suicide et liées à la consommation d'alcool avec les pourcentages de dépenses de santé affectées à la santé mentale. Le niveau français des dépenses de santé affectées à la santé mentale est équivalent à celui de l'Allemagne (11 % contre 14 % en Angleterre et 5 % en Italie) mais il est associé à des indicateurs de santé publique nettement plus défavorables¹²⁰. Le rapport note le retard français en matière d'intégration de la psychiatrie à l'Hôpital général et de développement des structures d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

Ce constat est une illustration du fait que les évaluations de l'efficacité de la dépense publique en France, si elles appartiennent à la rhétorique courante de l'action publique depuis quelques années, sont insuffisantes pour impulser les réorientations nécessaires. Notre mission de stage nous a permis de deviner la difficulté qu'auront les décideurs à structurer une évaluation du système de santé mentale sur plusieurs niveaux :

¹¹⁹ IRDES, *L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences*, n° 180, octobre 2012.

¹²⁰ 15,2 de taux standardisé de mortalité par suicide pour 100 000 habitants contre 10,0, et 6,5 en Allemagne et Angleterre, 66,0 taux de mortalité standardisé liée à la consommation d'alcool contre 51,4 et 49,7 dans les deux autres pays. IRDES, *ibid.*, p.2.

- L'évaluation des pratiques de soins, chantier pris en charge par la HAS à travers les EPP. Cette évaluation pose des difficultés tant la psychiatrie se réfère à des théories différentes de l'homme malade.
- L'évaluation des services de soins et des articulations entre les différents organismes qui prennent en charge les patients atteints de troubles mentaux. Cette évaluation pâtit de la difficulté à l'heure actuelle de « modéliser » le parcours idéal d'un patient.
- L'évaluation des objectifs des politiques régionales. Nous avons vu que l'appréciation de la pertinence de ces objectifs mêlent des critères démocratiques, scientifiques et managériaux.

L'itinéraire belge montre que l'exigence de concertation doit être arrimée à chacun de ces niveaux pour construire un système de soins efficace, et que les résultats des processus de concertation doivent pouvoir circuler entre chacun de ces niveaux. Mais comment évaluer les processus de concertation en eux-mêmes afin de faciliter la résolution des obstacles techniques et organisationnels ? Faut-il utiliser le même référentiel d'évaluation à chacun de ces niveaux de concertation ?

La concertation et l'évaluation sont des répertoires très utilisés par les ingénieurs de l'action publique en santé. Mais il est très rare que ces deux instruments soient réunis par le décideur pour construire une nouvelle stratégie de projet. En débutant notre stage, nous avons trouvé des articles sur la théorie de la concertation qui nous ont permis de poser les axes de notre évaluation. En revanche, nous n'avons pas pu nous appuyer sur des exemples concrets d'évaluations de la concertation menées en France.

Pour cette raison, la proposition de stage de l'ARS Poitou-Charentes est tout à fait originale. Cette initiative s'inscrit surtout dans la logique du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. La nouvelle gouvernance promue par ce Plan invite chaque agence à être « *force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national sur les changements à opérer* ». Les ARS devront ainsi « *identifier les obstacles juridiques et techniques qu'elles rencontrent en matière de fluidité des parcours de patients, et de transferts de moyens entre les différents dispositifs* »¹²¹. Il est ainsi intéressant de noter que les ministères concernés attendent finalement une « *force de proposition* » de la part des ARS similaire à celle attendue de la part de ces dernières à l'égard des établissements.

¹²¹ Plan Psychiatrie et Santé Mentale, p. 36.

L'idéal d'un modèle pyramidal ascendant de transmission de la connaissance, allant des secteurs de proximité jusqu'à l'échelon national, se dessine clairement dans l'esprit du Plan 2011-2015.

A l'épreuve de la réalité, les espaces nationaux de rencontre entre les professionnels des agences intervenant dans le champ de la santé mentale sont pourtant encore rares. Les espaces régionaux de concertation spécialisés sur la santé mentale n'ont pas encore été mis en place dans de nombreuses régions. C'est pourquoi notre démarche d'évaluation a été bien accueillie par les autres ARS sollicitées. L'expérience du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 montre que ces espaces nationaux de coordination sont difficiles à pérenniser pour piloter une politique nationale¹²².

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 semble vouloir recueillir les leçons des expériences locales avant d'imposer un modèle de coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge. Ce modèle de coordination devrait être traduit par la nouvelle « mission de service public » du secteur¹²³ dans la future loi de santé publique. On est aussi ici dans le registre d'une « politique basée sur les faits ». La capacité à formaliser les expériences des échelons de proximité va dépendre de la structuration des espaces de concertation au niveau des départements et des régions.

Comme le fait remarquer le référent santé mentale de l'ARS PACA, ces différents espaces auront besoin de temps pour se structurer et préciser leurs objectifs. Les différentes régions ne partent pas sur un même pied d'égalité car certaines se sont déjà investies depuis longtemps dans la concertation. De plus, les agences régionales de santé sont encore des institutions récentes, dont la cohérence entre les missions de chaque direction, ainsi qu'entre leurs sièges et les différentes délégations territoriales reste perfectible¹²⁴.

Les différents entretiens que nous avons menés nous laissent penser que les représentants des différents établissements ont intériorisé la nécessité de se concerter mais qu'il leur est encore difficile d'appréhender ce processus dans le cadre d'une logique d'action globale sur plusieurs échelons.

122 Le Comité de suivi du pilotage du Plan 2005-2008 n'a duré qu'un an.

123 Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015, *ibid.*, p.35.

124 Réunion formation « stratégie et positionnement de l'ARS Poitou-Charentes », 30 avril 2013.

L'apport principal de notre démarche d'évaluation réside selon nous dans sa dimension exploratoire et comparative, laquelle peut inviter les acteurs à réfléchir sur les tenants et aboutissants de ce genre d'instances. Elle invite également à réfléchir sur la frontière entre concertation et délibération, ainsi que sur le rapport entre expertise et décision politique.

Il était opportun d'évoquer les expériences belges et écossaises sont dans la mesure où elles montrent que deux exigences complémentaires sont assignées aux procédures de concertation : réfléchir sur l'essentiel, à savoir de la définition des soins et des parcours des patients, et en même temps inscrire cette réflexion dans un cadre global composé de multiples autres forums de concertation.

1.2. Les limites de l'évaluation du COTER Psychiatrie et santé mentale

Nous devons reconnaître que notre démarche d'évaluation du COTER psychiatrie a un caractère « rudimentaire » au regard du caractère structuré attendu habituellement d'une démarche d'évaluation. Ceci tient à la nature des résultats censés être produits par le processus de concertation : un changement des représentations des parties prenantes de la concertation. Les éléments objectifs sur lesquels nous avons pu appuyer notre argumentation étaient moins nombreux que les éléments subjectifs.

Au regard du champ d'exploration, nous n'avons pas eu le temps suffisant pour analyser le contenu des expériences de concertation à l'échelon des départements ou des pays en Poitou-Charentes. Ceci aurait pu nous permettre d'établir des recommandations sur les conditions de réussite des futurs programmes territoriaux en santé mentale. Surtout, nous n'avons pas pu appréhender le mode de fonctionnement concret des instances de la démocratie sanitaire que sont la CRSA et les conférences de territoires. Enfin, nous n'avons pas eu le temps d'effectuer un bilan des informations disponibles au sein de l'ARS et de l'ORS afin d'apprécier l'étendue des ressources qui pourraient faire l'objet de la concertation future.

Au regard de l'application de notre méthode d'évaluation, nous avons entrevu la complexité d'une démarche d'évaluation de la concertation. Elle consiste en effet à réfléchir sur une instance qui est déjà par elle-même un lieu de réflexivité. A travers l'évaluation d'une instance de concertation, on s'astreint donc à une opération de double réflexivité qui augmente la relativité de ses résultats. Autrement dit, nous devons en

qualité d'évaluateur analyser les points de vue des participants sur instance dont l'objet est une mise en jeu de leurs représentations.

Notre attitude lors de la conduite des entretiens nous a positionné à certains moments dans un statut d'« évaluateur engagé » : nous devons transmettre les positions de certains interviewés à d'autres personnes afin les faire réagir sur leur perception propre de l'instance. Nous devons aussi livrer nos propres hypothèses sur les objectifs de l'instance. A certains égards, nous pourrions dire que nous étions à certains moments le vecteur d'une logique, celle de la gouvernance promue par l'ARS. C'est pourquoi notre travail d'évaluation ne peut pas prétendre à une objectivité totale dans l'exploration des possibilités de l'instance de concertation.

1.3. La réception de la démarche d'évaluation par les participants

La conduite des entretiens nous a fait percevoir un climat de confiance à l'égard de la procédure d'évaluation. A aucun moment, nous n'avons eu le sentiment que les participants craignaient que leur engagement dans une réflexion critique sincère ne se retourne contre eux. Nous ne sommes pas en mesure de dire si cette attitude est la même au sein du COTER, bien que beaucoup de participants aient évoqué une « *vraie liberté de parole* » en son sein.

Ce climat de confiance à l'égard de la procédure d'évaluation peut être déduit du fait qu'elle fut perçue par certains comme l'opportunité de ré-agencer l'instance en dehors d'une « *injonction à la réflexivité* ¹²⁵ ». Lise Demailly rappelle que certaines instances de concertation sont parfois les lieux d'une « *réflexivité paradoxale* », car soumise au cadre des objectifs détaillés des nouveaux managements, et sur lesquels les professionnels ont peu de prise. Les questions interdites, impertinentes ou importunes ne peuvent y être posées. L'évaluation était peut-être aussi pour d'autres participants l'occasion de prévenir le danger d'une « *routine institutionnalisée* » de la concertation qui en ferait le « *paravent* ¹²⁶ » de la décision politique.

125 Demailly L., « L'obligation de réflexivité » in Pelletier G, *La gouvernance en éducation*, Bruxelles, De Boeck, 2009, p. 33-52.

126 Ce terme est emprunté à un membre du COTER qui n'a pas souhaité répondre physiquement à notre sollicitation d'entretien.

L'adressage du questionnaire à des membres très divers nous a permis de saisir une réalité chez des acteurs non-membres d'une instance de concertation. Nous leur avons demandé de participer à un diagnostic sur les problèmes de la région en vue de voir si leur perception différait de la perception d'acteurs-membres d'une instance de concertation. Certains n'ont pas répondu en expliquant qu'ils ne s'estimaient pas compétents pour formuler un jugement sur les problèmes de la région. Ce constat laisse deviner l'isolement relatif de nombreux acteurs médico-sociaux et sociaux qui rend pertinent leur implication dans des espaces de concertation, au moins à l'échelle locale.

2. LES OUTILS POUR UNE EVALUATION ULTERIEURE DU COTER

Dans une finalité prospective, la logique d'intervention du COTER doit être formalisée afin d'en déduire un protocole pour l'évaluation ultérieure.

2.1 La modélisation de l'intervention du COTER

La modélisation d'une logique d'intervention est la condition préalable d'une démarche d'évaluation car elle permet de décrire les activités du COTER appuyés par un ensemble de ressources¹²⁷. Ces activités sont censées produire des résultats qui impacteront des acteurs cibles : l'ARS Poitou-Charentes, les espaces locaux de concertations, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Fondamentalement, le programme de concertation repose sur quatre composantes par lesquelles on peut situer cet espace dans un ensemble plus large :

- Un espace régional de coordination par une circulation de l'information entre les professionnels, espace articulé aux espaces territoriaux de concertation.
- Un espace de traduction des orientations dans le cadre de la programmation d'une politique régionale de santé mentale.
- Un espace de débat sur les objectifs de la politique de santé mentale dans le cadre d'une coproduction avec l'ARS et la CRSA.
- Un espace d'expertise, c'est à dire d'analyse des données épidémiologiques et d'activité des organisations.

¹²⁷ Porteous N. « la construction du modèle logique d'un programme » in Ride V. (dir.) *Approches et pratiques en évaluation de programmes*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2009, p. 93.

2.1.1 Les intrants de la concertation : les activités et les ressources

Les activités requises pour la concertation sont antérieures, concomitantes et postérieures aux réunions :

- *Avant les réunions* : Définition des thématiques devant être soumises à concertation ; sélection des membres participants ;
Définition des règles du débat ou des modalités d'animation ;
Information des membres sur l'objet de la concertation et diffusion d'une expertise objective ;
Collecte d'informations par les membres et concertation interne dans l'organisme représenté ;
Discussions bilatérales entre membres ;
Invitation d'un expert extérieur en fonction de la thématique.

- *Pendant les réunions* : Expression des points de vue sur les problématiques locales et les innovations locales ;
Animation pour faire respecter les règles du débat ;
Discussion des données objectives d'expertise mobilisées par l'ARS, des orientations nationales et régionales ;
Identification des contraintes de mise en œuvre des projets régionaux par rapport aux spécificités locales ;
Montée en généralité du questionnement ; Élargissement des thématiques investies ;
Formulation de propositions ;

- *Après les réunions* : Formalisation par un compte-rendu des connaissances et des idées émises pendant la réunion ;
Communication du compte-rendu aux espaces territoriaux et à la CRSA ;
Discussion internes au sein des organisations sur les conséquences des propositions ;
Discussions bilatérales entre les membres ;

2.1.2 Les extraits de la concertation : résultats, effets et impacts

Les extraits sont les biens et services produits par les activités des programmes à l'intention des groupes cibles : les établissements, l'ARS, la CRSA et les espaces territoriaux de concertation. Ils sont d'abord des résultats tangibles et quantifiables.

Le compte-rendu de la réunion est le principal résultat à court terme directement observable, celui de la formation d'une communauté de débat entre les professionnels. L'analyse de son contenu permet de vérifier l'accomplissement d'un certain nombre des activités précitées. Cette analyse permet par exemple d'apprécier l'étendue des membres participants, les points de consensus et de désaccord relevés, la nature des arguments avancés, ou encore les propositions formulées.

Au-delà de ce résultat à court terme rendant lisible le travail de l'instance de concertation, des effets à moyen terme sont également observables quantitativement. L'apprentissage de relations complémentaires entre les membres suscite la conclusion de nouvelles conventions de travail en partenariat entre les établissements. La prise en compte du point de vue des représentants usagers améliore l'effectivité de leurs droits dans les établissements. La diffusion des innovations cliniques et organisationnelles augmente le dépôt de projets de nouvelles activités de soins et d'accompagnement. Ces effets à moyen terme désignent les conséquences de l'instance de concertation sur les comportements des acteurs, que ce soient les établissements ou l'autorité politique. La distinction entre résultat à court terme et effet à moyen terme relève ainsi davantage de la séquence que de la durée¹²⁸.

Les impacts à long terme désignent les changements ultimes attendus du COTER. La montée en généralité du débat sur la santé mentale appelle un élargissement de l'expertise convoqué au sein de l'instance et l'inclusion de nouveaux membres. Cet élargissement constitue la base de développement territorial du champ transversal de la santé mentale, entendu à partir des déterminants bio-psycho-sociaux. La remontée des besoins locaux par l'intermédiaire de l'instance permet la formulation de priorités stratégiques de la politique de santé mentale. Enfin la constitution de partenariats entre les secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux provoque une réorganisation de l'offre de soins.

¹²⁸ Porteous N., *ibid.*, p.95.

2.1.3 Les facteurs contributifs internes et externes

Les facteurs contributifs représentent ce qui mène les activités de l'instance vers les résultats, effets ou impacts. Les attitudes ou les convictions des membres à l'égard de la concertation constituent le principal facteur contributif interne de réalisation de l'activité de concertation. Le fait que les participants soient spontanément intéressés ou aient intériorisé leur intérêt à participer est en effet primordial. L'homogénéité des membres quant à la taille de leur structure et leurs pratiques de soins, est aussi un élément à prendre en compte dans la mesure où celui-ci peut conduire à une plus ou moins forte conflictualité des positions exprimées.

Les facteurs contributifs externes se rattachent à des éléments situés à l'extérieur de la sphère de l'instance. Deux facteurs peuvent être dégagés : l'impulsion d'une volonté politique claire de la part de l'ARS sur des priorités de travail en santé mentale et le degré de structuration de la concertation, voire de la coopération opérationnelle dans les territoires. Le second facteur externe montre que l'effectivité de l'instance régionale dépend de sa capacité à disposer de relais locaux pour la mise en œuvre de ses préconisations. Le premier repose sur l'idée que la concertation entre professionnels, dans sa fonction de traduction technique, a une efficacité liée à une programmation affirmée de la politique de santé mentale.

2.2 Le protocole d'évaluation ultérieure du COTER

Un projet d'évaluation s'attache habituellement à distinguer plusieurs questions évaluatives qui permettent d'apprécier la pertinence, la cohérence, l'efficacité ou l'efficience d'un programme :

- La pertinence désigne le rapport entre les objectifs du programme et le problème à traiter.
- La cohérence désigne le rapport entre les moyens investis et l'objectif annoncé.
- L'efficacité désigne le rapport entre les résultats du programme et l'objectif annoncé.
- L'efficience désigne le rapport entre les moyens et les résultats du programme.

Ces différentes dimensions de l'évaluation sont utiles en vue de comprendre les questions évaluatives retenues et les critères d'analyses qu'elles requièrent.

Arnaud LE HENANFF -

Question évaluative	Critères procéduraux	Indicateurs de moyens	Indicateurs de résultats	Sources d'informations	Méthode de collecte des données	
					Moyens	Résultats
<p><u>Participation</u> :</p> <p>l'instance permet-elle la participation des parties prenantes à la politique de santé mentale ?</p>	Transversalité thématique	Prise en compte des intérêts des membres à participer <i>q</i> ;	Satisfaction des membres Q ; Nombres de membres présents aux réunions Q ;	Membres du COTER Documents ARS Poitou-Charentes	Entretien	Questionnaire
	<i>Pertinence</i> Ouverture des membres	Inventaire des acteurs impliqués dans le champ de la politique de santé mentale <i>q</i> ; Adéquation entre le champ de la concertation et la sélection des membres <i>q</i> ;	-Diversité des membres présents selon les professions / selon les territoires Q ; Nouveaux membres entrants Q ;	Documents ARS Poitou-Charentes ;	Bilan informationnel Entretiens	Bilan informationnel Bilan informationnel Questionnaire

Q : information quantitative

q : information qualitative

L'information **qualitative** aide à comprendre la direction que prend le COTER et l'impact qu'il a. Elle permet aussi de décrire en profondeur les activités, les contextes ou des comportements. Les données qualitatives sont habituellement recueillies par la lecture de divers documents (bilan informationnel), par des entretiens ou par des observations.

Quant à l'information **quantitative**, elle prend la forme de chiffres et de quantités (exemple : nombre de participants aux réunions, taux de réponses à un questionnaire)

Question évaluative :	Critères procéduraux	Indicateurs de moyens	Indicateurs de résultats	Sources d'informations	Méthode de collecte des données	
					Moyens	Résultats
<u>Délibération :</u> Le COTER créé-t-il une dynamique d'échanges susceptible de faire émerger la bonne décision ? <i>Cohérence et efficacité</i>	Intensité	Nombre des réunions Q ; Création de groupes de travail Q ;	Formalisation savoirs scientifiques /savoirs pratiques q ;	Documents ARS. Membres du COTER	Bilan informationnel	Bilan informationnel et entretiens Entretiens
	Qualité délibérative	Information en amont des membres q ; Mécanismes de délibération collective q Invitation d'experts extérieurs Q;	changements de positions dans le temps q ; Echanges continu en dehors des réunions q ;	-Membres du COTER ; Documents ARS	-Entretiens -Entretiens et observation	-Bilan informationnel -Entretiens

Questions évaluative	Critères procéduraux	Indicateurs de moyens	Indicateurs de résultats	Sources d'information	Méthode de collecte des données	
					Moyens	Résultats
<u>Aide à la décision</u> : L'intervention du COTER aboutit-elle à une aide à la décision pour ses membres et pour l'ARS ? <i>Efficacité</i>	Expertise ascendante/descendante	Analyse et formulation des problèmes <i>q</i> Analyse des expériences de coordination <i>q</i> Remontée des problèmes locaux <i>q</i>	Propositions sur l'organisation de l'offre Q ; Propositions d'outils de pilotage de la politique régionale Q ;	Documents ARS Membres du COTER	Entretiens et observation Entretiens et observation	Bilan informationnel et entretiens Bilan informationnel et entretiens
	Opérationnalisation de projets	-Partage d'outils et d'innovations pratiques <i>q</i> ;	Conclusion de conventions-cadre sanitaire/médico-social Q ; Création de nouvelles activités en santé mentale Q ;	Documents ARS Membres du COTER	Entretiens et observation Entretiens et observation	Bilan informationnel

Conclusion

Le COTER « psychiatrie et santé mentale » de l'ARS Poitou-Charentes se veut comme la reconnaissance de la place originale occupée par les secteurs de psychiatrie dans notre système de santé. La question de l'héritage de la « politique de secteur » dans un système de santé en voie de recomposition y est prégnante. Mais pour répondre à notre interrogation initiale, sa mise en place est aussi une innovation politique dont il est encore difficile d'affirmer après neuf mois d'existence qu'elle participe à l'émergence d'une conception transversale de la santé mentale. Deux observations étayent ce constat :

En premier lieu, la santé mentale est encore un objet politique en construction dans la mesure où les finalités, les frontières de l'action et le périmètre des acteurs impliqués par la politique de santé mentale ne sont pas encore stabilisés.

En second lieu, la concertation est encore un instrument de l'action publique en voie de structuration au sein des agences régionales de santé. L'utilisation de cet instrument répond à des fonctions diversifiées qu'il s'agit de clarifier afin de susciter l'investissement de l'ensemble des parties prenantes.

La structuration de cet instrument, notamment par des règles de sélection et de discussion au sein du COTER, est essentielle afin que la concertation puisse répondre à sa vocation : produire une nouvelle vision de l'intérêt général au bénéfice du décideur qu'est l'ARS Poitou-Charentes. La nouvelle planification sanitaire et sociale instaurée par la loi du 21 juillet 2009 repose sur une conception de l'intérêt général qui n'est pas « close », au sens de l'application d'une raison pure.

La planification de l'ARS se pense en effet plus incitative et stratégique autoritaire et rationnelle. Elle se réfère à un intérêt général qui n'émane plus de la seule existence d'une représentation territorialisée de l'Etat. L'intérêt général s'appuie de plus en plus sur une construction de la réalité sur laquelle il faut agir, ceci à partir de l'identification pertinente des « *parties- prenantes* »¹²⁹ aux projets de l'ARS.

¹²⁹ Ce terme fait référence au concept managérial de « partie-prenante » développée par R.E Freeman. Une partie prenante est un acteur individuel ou collectif, dont les intérêts peuvent être activement ou passivement affectés par un projet à la suite de son exécution ou de sa non-exécution. Ce concept valorise les intérêts privés et la participation de la société civile dans son rapport avec les instances représentatives de l'intérêt général.

Bibliographie

Documents administratifs :

- Demotte R., Ministre des Affaires Sociale et de la Santé Publique, *Note politique relative à la santé mentale*, mai 2005
- Scottish Recovery Network, *SRI 2: Promoting Recovery Focused Delivery Services*, octobre 2011.
- Scottish Executive, *Rights, Relationships and Recovery: The report of the national Review of Mental Health Nursing in Scotland*, Edinburgh, 2006.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*, février 2012.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation de Poitou-Charentes, *Psychiatrie et santé mentale en Poitou-Charentes : de la définition d'une stratégie régionale*, Rapport des états généraux de la santé mentale, avril 2009.
- Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes, décembre 2012.
- Règlement intérieur Commission « Santé mentale, psychiatrie et handicap psychique », ARS Franche-Comté, version 27 septembre 2012.
- Relevé de décisions de la Commission « Santé mentale, psychiatrie et handicap psychique », CRSA de Franche-Comté, réunion du 27 septembre 2012.
- Cahier des charges des conseils locaux de santé mentale en Ile de France, consultable sur www.ars.iledefrance.sante.fr
- Document préparatoire et compte-rendu de la réunion du COTER « psychiatrie et santé mentale » sur la gestion des risques liés aux soins de santé mentale, ARS Poitou-Charentes, Dr F. Allaire, 25 septembre 2012.
- Document préparatoire de la réunion du COTER « psychiatrie et santé mentale » sur l'articulation entre sanitaire et médico-social dans le cadre de la santé mentale, 26 mars 2013.

Arnaud LE HENANFF -

- Compte-rendu du groupe de travail « accès aux soins Loi du 5 juillet 2011 », ARS Nord Pas-de-Calais, Dr F. Vanhée, 15 mai 2011.
- Décision portant renouvellement de la composition du comité de pilotage « Psychiatrie et Santé Mentale » du PRS, Directeur ARS Nord-Pas-de-Calais, 11 juin 2012.
- Lettre de mission du Dr Francine Vanhée, Directeur ARS Nord-Pas-de-Calais, 26 mars 2012.

Lois, décrets et circulaires :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- Décret en Conseil d'Etat 2005-434 du 6 mai 2005.
- Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 modifié par Décret n° 2012-1331 du 29 novembre 2012.
- Circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

Rapports et guides :

- Ateliers du développement, *Evaluation intermédiaire du Plan Régional de Santé Publique*, Groupement Régional de Santé Publique, juin 2009.
- Centre collaborateur OMS, DREES, Enquête Santé Mentale Population Générale, Etudes et Résultats, n° 347, octobre 2004
- Centre québécois collaborateur de l'OMS, *Trousse pratique d'évaluation*, décembre 2007.

- Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale »*, rapport public thématique, décembre 2011.
- Haut Conseil de Santé Publique, Rapport, *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, octobre 2011
- MNASM, *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement : comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie*, juin 2011.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde, *la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 2001.
- ORS Poitou-Charentes, *La santé mentale ressentie en Poitou-Charentes : d'après les données du Baromètre Santé 2000*, septembre 2002.
- ORS Poitou-Charentes, *Panorama de la santé 2010*, Offre hospitalière : psychiatrie, avril 2010.
- ORS Poitou-Charentes, *Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes*, avril 2010.

Ouvrages :

- Audisio M., *La psychiatrie de secteur, une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980, p. 65-99.
- Autès M. et Demailly L. (dir.), *La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, 2012.
- Barthes Y., Callon M. et Lascoumes P., *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, Editions du Seuil, 2001, p. 215-222.
- De Munck J., Genard J.-L., Kuty O. *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Academia Press, 2003.
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, 1998.
- Kovess-Masfety V., *la santé mentale : l'affaire de tous*, Paris, La Documentation française, 2010.
- Joubert M. (dir.), *Santé mentale, ville et violences*, Paris, ERES, 2004.

Arnaud LE HENANFF -

Chapitres d'ouvrages collectifs :

- Blondiaux L., « L'idée de démocratie participative : enjeux, impensés et questions récurrentes » dans Blatrix C., (dir.), *Le débat public : une expérience française de démocratie participative*, Paris ? La Découverte, 2007, p. 119-137.
- Blatrix.C., «Chapitre 8/ Concertation et débat public », in Boraz O. et Guiraudon V. (dir.) *Politiques publiques 2*, Presses de Science Po « Académique », 2010, p. 228.
- Brugidou M., « Quels critères d'évaluation du débat public ? Quelques propositions » dans Blatrix C. (dir), *Le débat public : une expérience française de démocratie participative*, Paris, La Découverte, 2007, p. 305-317.
- Demailly L., « L'obligation de réflexivité » in Pelletier G., *La gouvernance en éducation*, Bruxelles, De Boeck, 2009, p. 33-52.
- Fourniau J.M. et Simard L., « Ce que débattre nous apprend. Eléments pour une évaluation des apprentissages liés au débat public » dans Blatrix Cécile, (dir), *Le débat public : une expérience française de démocratie participative*, Paris ? La Découverte, 2007, pages 318-331.
- Halpern C., « Concertation/délibération/négociation » dans Boussaguet Laurie (dir), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, pages 155 à 164.
- Porteous N. « la construction du modèle logique d'un programme » in Ride V. (dir.) *Approches et pratiques en évaluation de programmes*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2009, p. 93.

Articles de revues :

- Beuret J.E., « Mieux définir la concertation : du pourquoi au comment », *Négociations*, n°17, 2012, p. 81-86.
- Behrer L., « Les relations ambiguës entre participation et politiques publiques », *Participations*, n° 1, 2011, p. 105-133.
- Callon M., « Éléments pour une sociologie de la traduction », *L'année sociologique*, n° 36, 1986, p. 169-208.
- Demailly L., « Groupes professionnels et pilotage des politiques publiques », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2001, p. 124-125.

- Manin B., « L'idée de démocratie délibérative dans la science politique contemporaine », *Politix*, n°57, 2002.
- Massé G. et Vigneron E., « Territorialité et santé mentale », *Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n° 60, 2006.
- Philippe S., « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique*, n° 54, 2004, p. 315-334.
- Rhenter P., « Les conseils locaux de santé mentale : histoire et concept », *Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n° 87/88, 2011.
- Robert D., « Evaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins », *S.F.P.F. Santé publique*, mars 2007, p. 204.
- Roelandt J-L., « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soin et enfermement », *L'information psychiatrique*, n° 85, 2009, p. 525-535.
- Roelandt J-L., « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution », *L'information psychiatrique*, n°86, 2010, p. 777.
- Saint-Martin D., « Expertise » in Boussaguet L., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Science Po « Références », 2010, p. 270.
- Touzard H. « Consultation, concertation, négociation : une courte note théorique », *Négociations*, n° 5, 2006, pages 67 à 74.

Mémoires :

- Allaire F., *Les usagers face aux systèmes de représentation du risque en santé : quelle appropriation du risque en santé : quelle appropriation pour participer aux décisions de santé publique ?* Rennes, Mémoire EHESP, 2008.
- Mémoire module interprofessionnel *Des conférences régionales de santé aux CRSA, sans quelle mesure la loi HPST contribue-t-elle au renforcement de la démocratie sanitaire en région ?*, EHESP, Rennes, 2010.

Arnaud LE HENANFF -

- Le Bonnac A., *L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, un tremplin vers une réorganisation profonde du système de santé mentale*, Mémoire ENSP, Rennes, 2007.

Références Internet :

- Vrancken D., Schoenaers D., Thunus S., « Le champ de la santé mentale en Belgique à l'épreuve de la concertation : de l'innovation politique à la politique de l'innovation », *Knowledge and Policy, Orientation 2*, <http://www.knowandpol.eu/Le-champ-de-la-sante-mentale-en.html>, août 2011.
- Smith-Merry J., Sturdy S., Freeman R. "Recovering mental health in Scotland: "Recovery" from social movement to policy goal" *Knowledge and Policy, Orientation 2*, www.knowandpol.eu, September 2010.

Liste des annexes

- Annexe I : Liste des entretiens
- Annexe II : Liste des réunions
- Annexe III : Grilles d'entretien
- Annexe IV : Grille du questionnaire

ANNEXE I : LISTE DES ENTRETIENS

Membres du COTER « Psychiatrie et Santé Mentale » Poitou-Charentes :

- Mme BASSO-FIN C., (Directrice Etablissement Thérapeutique pour Adolescents, Pons), 25 avril 2013, 55 minutes.
- M. BOUTEAUD O. (Adjoint Directeur CH Niort), 6 mai 2013, 35 minutes.
- M. CHARLES L. (cadre santé CH Nord-Deux-Sèvres), 29 avril 2013, 40 minutes.
- M. COCHEFERT (cadre santé CH Jonzac), 21 mai 2013, 45 minutes.
- Dr CLEIREC P. (CH Saintes), 23 mai 2013, 55 minutes.
- Dr DESTAILLATS J.M. (CH Jonzac), 25 avril 2013, 50 min.
- M. FONTAINE A. (CH La Rochelle), 27 mai 2013, 40 minutes.
- M. HAAS A. (Directeur EPSM Poitiers), 29 mai 2013, 45 minutes.
- Dr LEGER D. (CH Niort), 6 mai 2013, 50 minutes.
- Mme JOUANNE F. (Directrice Clinique Villa Bleue Jarnac), 23 mai 2013, 45 minutes.
- Dr PERON S., (EPSM Poitiers), 27 mai 2013, 40 minutes.
- Dr PUZOS P. (CH La Rochelle), 13 mai 2013, 50 minutes.
- M. RENAUD J-A, (délégué UNAFAM), 2 mai 2013, 1h10 minutes.
- Dr ROUSSEAU M-J., (EPSM Angoulême), 14 mai 2013, 35 minutes.

Professionnels ARS Poitou-Charentes :

- M. BLANC F-E. (Directeur Général ARS Poitou-Charentes), 7 mai 2013, 30 minutes.
- M. LECHUGA P. (Directeur Santé Publique ARS Poitou-Charentes), 15 mars 2013, 40 minutes.

Professionnels ARS autres régions :

- M. CANTA R. (Réfèrent santé mentale ARS PACA), 17 mai 2013, 55 minutes.
- M. CASTEL P. (Directeur Général ARS PACA), 17 mai 2013, 15 minutes.

Arnaud LE HENANFF -

- Dr CAO M-M. (Référénte santé mentale ARS Franche-Comté), 30 mai 2013, 30 minutes.
- Dr GINOT L. (Adjoint Directeur Santé Publique ARS Ile de France), et Dr ISSERLIS C. (Référént santé mentale ARS Ile de France), 31 mai 2013, 55 minutes.
- Dr LECOMTE K. (Référénte santé mentale ARS Rhône-Alpes), 20 avril 2013, 40 minutes.
- Dr VANHEE F. (Référénte santé mentale ARS Nord-Pas-de-Calais), 18 mars 2013, 55 minutes.

Arnaud LE HENANFF -

ANNEXE II : LISTE DES REUNIONS

- Réunion du COTER « psychiatrie et santé mentale » du 26 mars 2013 : articulation avec le secteur médico-social en santé mentale
- Réunion formation « stratégie et positionnement de l'ARS Poitou-Charentes » du 30 avril 2013.

ANNEXE III : GRILLES D'ENTRETIENS

• Grille entretiens membres du COTER

Renseignements

Quelle est la mission de votre établissement dans l'organisation des soins en santé mentale ?

Quelles problématiques locales rencontre votre établissement dans la prise en charge des usagers ?
Quelles réponses (organisation et contenu des soins) développez-vous pour répondre à ces problématiques ?

Participez-vous à des démarches de coopération ou de concertation avec d'autres acteurs dans votre territoire ?

LA DEMARCHE DU COTER :

Trouvez-vous que les objectifs du COTER sont suffisamment clairs ? Quelle devrait être la fonction du COTER ?

Quelle est votre préoccupation par rapport à votre structure qui justifie votre implication dans le COTER ? Est-elle prise en compte ? Que faudrait-il pour qu'elle soit prise en compte ?

LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU COTER :

Quelles réunions avez-vous trouvé intéressantes ? Sur quels sujets serait-il intéressant qu'on discute au niveau de la région ? Au niveau des territoires ? Quels sujets intéressent selon vous tous les territoires ?

Trouvez-vous que le périmètre des membres du COTER est adéquate par rapport à la question de la santé mentale ? Quels acteurs devraient être impliqués dans les discussions autour des sujets que vous estimez pertinents ?

Arnaud LE HENANFF -

LA DELIBERATION AU SEIN DU COTER :

Que pensez-vous des modalités d'organisation des réunions du COTER ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré pour que les réunions débouchent sur quelque chose ?

Que pensez-vous des modalités de la qualité des échanges pendant ces réunions ? Y a-t-il selon vous un débat bien argumenté ? Qu'est-ce que vous en attendez ?

Participez-vous au COTER « santé des détenus » ? Si oui, avez-vous apprécié l'exercice « méta-plan » ?

L'AIDE A LA DECISION :

Que pensez-vous de l'influence actuelle du COTER sur la politique régionale ? Quelles sont vos idées qui seraient pertinentes pour faire évoluer la politique régionale de l'ARS ? Qu'est ce que vous avez déjà proposé ?

Le COTER vous aide-t-il dans votre projet d'établissement ? Que peut-vous apporter le COTER en termes d'aide à la décision ?

• Grille professionnels ARS

La démarche d'une instance de concertation

Quel est selon vous le problème majeur qui justifie une instance de concertation rassemblant les professionnels de la santé mentale ?

A quelle étape de la politique de santé mentale (formulation des problèmes, définition des solutions, définition de la mise en œuvre, évaluation des actions) situez-vous principalement l'apport des instances de concertation ?

Arnaud LE HENANFF -

Quels en seraient les objectifs globaux ? Opérationnels ?

Quels seraient pour vous des indicateurs, qu'ils soient de moyens ou de résultat, reflétant une bonne concertation opérée par l'instance ?

Dans l'organisation de la concertation en santé mentale, y a-t-il selon vous une bonne articulation entre le niveau régional, territorial et le secteur ? Qu'est-ce qui devrait fonder cette articulation ?

Le terme de santé mentale dans sa dimension transversale (pathologies et souffrance psychosociale) vous semble-t-il pertinent comme objet d'une politique régionale ? Quels sont les obstacles à son émergence ? Quelles données manquent à l'heure actuelle ?

PARTICIPATION :

Selon vous, comment articuler le travail d'une instance de concertation médico-technique et celui de la CRSA ?

Quels doivent être les critères de sélection des membres d'une instance médico-technique de concertation ?

Quelle doit être la place des représentants des usagers dans les instances de concertation médico-techniques ?

DISCUSSION :

Selon vous, quelles sont les conditions d'un débat de qualité entre professionnels ?

Arnaud LE HENANFF -

Quel degré de formalisation du débat vous semble nécessaire pour donner une légitimité aux propositions émises dans une instance de concertation ?

AIDE A LA DECISION :

Faut-il que cette instance soit un lieu de discussion de l'allocation des ressources entre les établissements ? A travers l'analyse quantifiée des besoins territoriaux et des prises en charge ?

Cette instance doit-elle favoriser une homogénéisation des organisations dans les secteurs et donc les EPP, fonction dévolue aux sociétés savantes ?

En quoi les avis formulés dans ces groupes de consultation médico-techniques ont-ils un poids sur la conduite de la politique de santé mentale ?

CONDITION DE LA DEMARCHE DE CONCERTATION

Quels sont les facteurs contributifs de la concertation ?

ANNEXE IV : GRILLE QUESTIONNAIRE

I-A PROPOS DE L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LA REGION POITOU-CHARENTES, ESTIMEZ-VOUS QUE :

1. Concernant la diversité des modes de prises en charge en soins psychiatriques :

- a- L'offre de prises en charge est suffisante dans les secteurs hospitalier, extrahospitalier, médico-social et ambulatoire
- b- L'offre de prises en charge est insuffisante dans le secteur : hospitalier ; extrahospitalier ; médico-social ; libéral ; (plusieurs choix possibles)
- c- L'offre de prises en charge est insuffisante dans tous les secteurs

2. Concernant les relations entre les secteurs hospitalier, extrahospitalier, médico-social et ambulatoire :

- a- Les relations sont suffisantes et formalisées
- b- Les relations sont suffisantes mais ne sont pas assez formalisées
- c- Les relations sont insuffisantes entre : *(plusieurs réponses sont possibles en indiquant leur ordre de priorité, 1 pour le plus important)*

Hospitalier et extrahospitalier ; Hospitalier et médico-social ; Hospitalier et libéral ;

Extrahospitalier et médico-social ; Extrahospitalier et libéral ;

Médico-social et libéral ;

3. Concernant l'hétérogénéité des pratiques de soins psychiatriques dans les territoires de la région Poitou-Charentes :

- a- L'hétérogénéité des pratiques de soins psychiatriques est faible
- b- L'hétérogénéité des pratiques de soins psychiatriques est forte mais ne pose pas de problèmes dans les prises en charge
- c- L'hétérogénéité des pratiques de soins psychiatriques est forte et pose des problèmes

4. Concernant la mise en œuvre d'innovations cliniques et pratiques dans les structures de soins :

- a- Des innovations cliniques et organisationnelles sont mises en œuvre localement et sont partagées
- b- Des innovations cliniques et organisationnelles sont mises en œuvre localement mais ne sont pas partagées
- c- Les innovations cliniques et organisationnelles ne sont pas mises en œuvre localement

Arnaud LE HENANFF -

5. Concernant la lisibilité de l'organisation territoriale des soins psychiatriques et des rôles des professionnels :

- a- L'organisation et les rôles sont lisibles pour les usagers et les professionnels
- b- L'organisation et les rôles ne sont pas lisibles pour les usagers mais le sont pour les professionnels
- c- L'organisation et les rôles ne sont pas lisibles pour les usagers et les professionnels.

6. Les problèmes prioritaires à résoudre quant à l'organisation des soins psychiatriques en Poitou-Charentes concernent: (plusieurs réponses sont possibles en indiquant leur ordre de priorité)

- a- La diversité des modes de prises en charge
- b- Les relations entre les secteurs hospitalier, extrahospitalier, médico-social et ambulatoire
- c- L'hétérogénéité des pratiques de soins dans les territoires
- d- La mise en œuvre des innovations cliniques et pratiques dans les structures de soins
- e- La lisibilité de l'organisation territoriale des soins et des rôles des professionnels
- f- Autre :

I- A PROPOS DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE MENTALE, ESTIMEZ-VOUS QUE :

7. Concernant la promotion de la santé mentale des populations, issue d'une réflexion sur ses déterminants bio-psycho-sociaux :

- a- La santé mentale des populations est un objectif pertinent et opératoire dans l'état actuel des connaissances pour faire évoluer l'organisation des soins psychiatriques.
- b- La santé mentale des populations est un objectif pertinent mais qui n'est pas opératoire dans l'état actuel des connaissances pour faire évoluer l'organisation des soins psychiatriques
- c- La santé mentale des populations est un objectif qui n'est ni pertinent, ni opératoire dans l'état actuel des connaissances pour faire évoluer l'organisation des soins psychiatriques

8. Concernant le pilotage de la politique régionale de santé mentale : (plusieurs réponses sont possibles en indiquant leur ordre de priorité, 1 pour le plus important)

- a- Le pilotage doit s'appuyer sur des indicateurs de l'état de santé des populations
- b- Le pilotage doit s'appuyer sur une analyse des risques sociaux et une meilleure connaissance des bassins de vie
- c- Le pilotage doit s'appuyer sur des indicateurs relatifs aux modes de prises en charge des usagers
- d- Aucun indicateur n'est pertinent pour mesurer l'impact de la politique régionale de santé mentale

Arnaud LE HENANFF -

9. **Question ouverte** : selon vous l'enjeu prioritaire de la politique régionale concernant l'organisation des soins psychiatrique porte sur :

III- A PROPOS DES INSTANCES DE CONCERTATION DANS LA REGION POITOU-CHARENTES, ESTIMEZ VOUS QUE :

10. Sur la compréhension des problèmes relatifs à la santé mentale et la conception des solutions adéquates :

- a- Tous les acteurs essentiels sont mobilisés
- b- Les acteurs essentiels sont mobilisés mais la participation d'autres acteurs permettrait de comprendre plus finement les problèmes et de concevoir des solutions adéquates plus adéquates
- c- Il manque des acteurs essentiels

11. Concernant le traitement des points de vue lors des discussions et décisions :

- a- Tous les points de vue sont considérés de façon équivalente sans égard à la position sociale des partenaires
- b- Les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions
- c- Seuls les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont pris en compte

12. Concernant la capacité des instances à rallier de nouveaux acteurs pour faire avancer les actions :

- a- Les partenaires réussissent à rallier les nouveaux acteurs dont ils ont besoin pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement des actions
- b- Les partenaires ne réussissent pas à rallier les nouveaux acteurs qui seraient nécessaires pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action
- c- Les partenaires ne cherchent pas vraiment à intéresser d'autres acteurs qui permettraient de consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action

13. Pour la prise de décision et l'engagement de ressources :

- a- La majorité des partenaires occupent dans leur organisation une position qui leur permet de prendre des décisions et d'engager des ressources dans le partenariat
- b- Les partenaires représentent une organisation mais ne sont pas en position de prendre des décisions ou d'engager des ressources dans le partenariat
- c- Les partenaires sont surtout engagés à titre individuel

14. Dans l'expression des divergences et leur discussion :

- a- Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables de les discuter ouvertement
- b- Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents, mais ils ne discutent que de leurs points de convergence
- c- Seuls les points de vue pouvant faire consensus sont exprimés et discutés

15. Dans l'échange des points de vue :

- a- Des points de vue différents sont exprimés, documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et discutés de sorte que cela permet de dégager de nouvelles pistes d'action
- b- Des points de vue sont exprimés et documentés, mais cela ne permet pas de dégager de nouvelles pistes d'action
- c- Des points de différents sont exprimés sans être vraiment documentés et discutés de sorte que cela ne permet pas de dégager de nouvelles pistes d'action

16. Dans la résolution des divergences :

- a- Devant des positions divergentes, les partenaires sont capables de changer de position pour construire des compromis
- b- Devant des positions divergentes, les partenaires changent rarement de position et les compromis sont rares
- c- Devant des positions divergentes, les partenaires cherchent plutôt à les contourner

17. Dans l'analyse des problèmes et l'élaboration des solutions, et non seulement dans l'exécution :

- a- Les partenaires sont activement impliqués dans la définition des problèmes et des solutions
- b- Les partenaires sont impliqués dans les décisions de solutions à des problèmes qui sont définis par les institutions publiques ou les bailleurs de fonds
- c- Les partenaires sont impliqués uniquement dans la mise en œuvre de solutions décidées par les institutions publiques ou les bailleurs de fonds

- a- **Concernant l'influence sur la politique régionale en santé mentale :** Les partenaires ont une influence sur la politique régionale en santé mentale
- b- Les partenaires sont entendus mais leurs points de vue sont peu pris en compte
- c- Les partenaires n'influencent pas les décisions

18. Concernant la mobilisation autour de projets intégrés en santé mentale :

- a- Les partenaires travaillent à construire ensemble des actions nouvelles, intégrées, plutôt que de viser la seule coordination des plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà

- b- Les partenaires se consacrent surtout à coordonner les plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà, mais voient le besoin de se mobiliser autour de l'élaboration de solutions intégrées
- c- Les partenaires se consacrent principalement à coordonner les différents plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà

LE HENANFF	Arnaud	Juin 2013
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
L'évaluation du Comité Technique Régional « psychiatrie et santé mentale » de l'ARS Poitou- Charentes		
Promotion 2012-2013		
<p>Résumé :</p> <p>La concertation entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale est jugée comme une condition indispensable afin de traduire les objectifs du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 en changements concrets. Les Agences Régionales de Santé ont pour mission de piloter les instances concertation en vue de mettre en œuvre les objectifs de ce Plan. Face à la souplesse laissée aux différentes agences pour définir le cadre de cette concertation, l'ARS Poitou-Charentes a souhaité conduire une évaluation du Comité Technique Régional mis en place depuis septembre 2012.</p> <p>Dans le cadre de cette évaluation exploratoire, nous nous interrogerons ici sur la pertinence de cette instance spécialisée sur la psychiatrie en vue de décliner une politique de santé mentale conçue comme transversale entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Notre réflexion s'appuiera sur un bilan des expériences de concertation en Belgique, Ecosse et dans les autres régions françaises, ainsi que sur une analyse du contexte de la région Poitou-Charentes.</p> <p>L'évaluation s'attachera à apprécier la concertation au regard de la nature des objectifs assignés au Comité Technique Régional de Poitou-Charentes, l'étendue des professionnels investis et les modalités de la discussion en son sein.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Evaluation, Concertation, Délibération, Psychiatrie, Santé Mentale, Projet Régional de Santé, Planification, Mise en œuvre, Groupes professionnels, Expertise, Démocratie sanitaire, Secteur de psychiatrie.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		