



**EHESP**

---

**DESSMS**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

---

**La pertinence de l'émergence d'une  
communauté psychiatrique de  
territoire, nouvel outil de coopération  
en santé mentale**

---

**Valentine du BOIS de MEYRIGNAC**



---

# Remerciements

---

Mes plus sincères remerciements vont à l'ensemble des personnes qui ont eu l'amabilité de m'accorder un peu (et parfois beaucoup) de leur temps afin de m'éclairer sur les tenants et aboutissants de la mise en place d'un tel outil sur leur territoire.

Je tiens tout particulièrement à remercier mon maître de stage, le directeur du centre hospitalier de Rouffach M. François COURTOT, qui s'est plié avec grâce au jeu de l'interviewé à plusieurs reprises au cours de mon stage.

Par ailleurs, je remercie Mlle Dominique LACHAT, directrice adjointe de Rouffach, pour m'avoir relaté l'histoire coopérative pleine de rebondissements de l'établissement, ce qui m'a permis de prendre de la hauteur vis-à-vis du nouveau dispositif qu'est la CPT ; mais également pour avoir su m'orienter vers les personnes-ressources dans ma recherche d'entretiens.

Je remercie encore M. Pascal MARIOTTI, directeur du centre hospitalier Alpes-Isère et président de l'ADESM, dont la conversation téléphonique s'est révélée riche en informations.

Je remercie enfin chaleureusement les quelques malheureux qui ont eu la lourde tâche de relire ce mémoire, mémoire qui aura occupé mon temps et mes pensées bien plus que je ne l'aurai espéré...



---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 La naissance de la communauté psychiatrique de territoire du Haut-Rhin sous le signe d'une forte revendication .....</b>	<b>7</b>
1.1 Une réaction de la psychiatrie à l'avènement des groupements hospitaliers de territoire.....	7
1.1.1 <i>Le souhait énergique de l'ADESM d'éviter une dilution de la psychiatrie .....</i>	<i>7</i>
1.1.2 <i>La crainte de Rouffach de voir la psychiatrie perdre son identité au sein d'un groupement hospitalier de territoire polyvalent.....</i>	<i>10</i>
1.1.3 <i>Une CPT modelée selon l'histoire partenariale du centre hospitalier de Rouffach.....</i>	<i>12</i>
1.2 Une action en dehors des murs menée depuis longtemps.....	15
1.2.1 <i>Une politique interne favorisant le pouvoir d'agir des patients.....</i>	<i>15</i>
1.2.2 <i>De nombreux dispositifs de collaborations ancrés dans le paysage départemental avec comme point commun le centre hospitalier de Rouffach.....</i>	<i>17</i>
1.3 Le rôle à jouer de la CPT en matière de territorialité .....	20
<b>2 L'éclosion d'enjeux de la conception à la mise en œuvre opérationnelle du projet de CPT .....</b>	<b>21</b>
2.1 Le décryptage de la fonction de la CPT sur le territoire.....	21
2.1.1 <i>Simple compromis aux GHT ou signal politique fort ?.....</i>	<i>21</i>
2.1.2 <i>Une volonté marquée de travailler ensemble sur des problématiques communes aux secteurs sanitaire, médico-social et social .....</i>	<i>22</i>
2.1.3 <i>Un dispositif qui se veut souple et protéiforme.....</i>	<i>25</i>
2.2 L'articulation entre les conseils locaux en santé mentale et la CPT .....	26
2.2.1 <i>Une nouvelle couche du millefeuille pâtissier français ou le prolongement l'un de l'autre ?.....</i>	<i>26</i>
2.2.2 <i>L'opportunité de s'appuyer sur l'expérience des CLSM pour envisager la marche à suivre pour la CPT .....</i>	<i>28</i>
2.2.3 <i>La question du pilotage de la CPT en lien avec les conseils locaux en santé mentale.....</i>	<i>30</i>
2.3 La délicate définition d'une territorialité pour un maillage approprié .....	31

2.3.1	<i>L'ajustement opéré quant au choix du périmètre d'action de la CPT</i> .....	32
2.3.2	<i>Le rôle à jouer de la CPT dans l'élaboration du projet territorial en santé mentale</i> .....	33
2.4	Un éventail diversifié de partenaires résultat d'une politique de communication, en dépit d'une absence remarquée.....	36
2.4.1	<i>Une CPT qui se veut le reflet fidèle et sincère des acteurs présents sur le territoire en matière de santé mentale, et notamment des usagers</i> .....	36
2.4.2	<i>Le monde libéral, le grand absent</i> .....	37
2.4.3	<i>La communication, fil conducteur essentiel entre les membres de la CPT</i> .	40
<b>3</b>	<b>Un directeur battant la mesure dans l'espoir de voir le projet prendre son envol</b> .....	<b>41</b>
3.1	Le directeur, gardien vigilant de la bonne marche de la CPT.....	42
3.1.1	<i>Premier pilier indispensable pour construire un projet partenarial territorial</i>	42
3.1.2	<i>Un tuteur devant s'assurer de la poursuite de l'aventure partenariale</i> .....	45
3.1.3	<i>Ce projet, synonyme d'avancée vers le très désiré décloisonnement ?</i> .....	46
3.2	Parvenir à définir un pilotage durable et performant de la CPT sur un territoire .	48
3.3	La recherche active de la participation de tous les acteurs en santé mentale....	49
3.3.1	<i>(Re)donner la parole aux usagers</i> .....	50
3.3.2	<i>Développement de la collaboration avec les représentants libéraux</i> .....	51
3.4	La subsistance de turbulences malgré le bon vouloir du directeur .....	53
	<b>Conclusion</b> .....	<b>55</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>I</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>VI</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADESM : association des établissements participant au service public de santé mentale

AG : assemblée générale

ALSA : association d'aide au logement des sans-abris

AMHR : association des maires du Haut-Rhin

ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

APPUIS : accueil, prévention, protection, urgence, insertion sociale

ARS : agence régionale de santé

ARSEA : association régionale spécialisée d'action sociale d'éducation et d'animation

ASIP santé : agence française de la santé numérique

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé

CD : conseil départemental

CDRS : centre départemental de repos et de soins de Colmar

CH : centre hospitalier

CHR : centre hospitalier de Rouffach

CHS : centre hospitalier spécialisé

CHU : centre hospitalier universitaire

CLSM : conseil local en santé mentale

CME : commission médicale d'établissement

CMP : centre médico-psychologique

CPT : communauté psychiatrique de territoire

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRA : centre ressources autisme

CReHPsy : centre ressources sur les handicaps psychiques

CSM : contrat social multipartite

CTS : conseil territorial en santé

DGARS : directeur général de l'agence régionale de santé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP : équipe mobile psychiatrie précarité

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FSP : fédération des soins primaires

FHF : fédération hospitalière de France

HAS : haute autorité de santé  
HCC : hôpitaux civils de Colmar  
HDJ : hôpital de jour  
GCS : groupement de coopération sanitaire  
GEM : groupe mutuelle d'entraide  
GHRMSA : groupement hospitalier de la région Mulhouse Sud-Alsace  
GHT : groupement hospitalier de territoire  
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
MAS : maison d'accueil spécialisé  
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique  
MDA : maison des adolescents  
MDPH : maison départementale des personnes handicapées  
OMS : organisation mondiale de la santé  
PE : projet d'établissement  
PTSM : projet territorial en santé mentale  
PMP : projet médical partagé  
PRS : projet régional de santé  
RSA : revenu de solidarité active  
SISM : semaine d'information en santé mentale  
UMES : unité mobile d'évaluation et de soutien  
UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques  
URPS : union régionale des professionnels de santé  
VAD : visite à domicile



## Introduction

*La liberté est thérapeutique !* Voici ce que l'on peut encore déchiffrer sur les murs de l'hôpital San Giovanni de Trieste en Italie ; murs ayant perdu leur utilité depuis la loi Basaglia de 1978 occasionnant la fermeture définitive des hôpitaux psychiatriques dans le pays. Le message est simple mais clair et notre voisin italien l'applique : balayée la conception asilaire, celle-ci a fait son temps, place à la conception communautaire de la psychiatrie. Un souffle nouveau aujourd'hui arrivé à maturité chez eux, un peu à marche forcée à l'origine, mais qui ne semble pas avoir provoqué en France un cheminement analogue.

Sans revenir sur la genèse de la psychiatrie française dans son exhaustivité, force est de constater que le concept communautaire peine encore à émerger dans notre pays. La conception asilaire en France est en effet retrouvée dans la loi fondatrice du 30 juin 1838 inspirée de l'aliéniste Pinel et de ces disciples Ferrus et Esquirol. De cette loi découle l'obligation pour chaque département d'ériger un établissement public destiné à recevoir et soigner les malades mentaux, ces derniers pouvant être placés sous contrainte de l'initiative de l'entourage ou du représentant de l'Etat. Ce texte et son article premier subsisteront jusqu'à l'arrivée de la loi du 27 juin 1990<sup>1</sup> accordant enfin l'octroi de quelques droits aux patients, et plus récemment encore de la loi du 5 juillet 2011<sup>2</sup>.

C'est en 1945, après la découverte des conditions de survie des « aliénés » lors de la seconde guerre mondiale, que paraît un livre blanc qui cherche à bouleverser l'ordre établi jusque-là. Des psychiatres comme Ey, Le Guillant ou Bonnafé s'engagent alors dans un nouveau courant de pensée : le malade mental est un malade comme un autre et doit être soigné comme tel. Il faudra néanmoins patienter jusqu'en 1960 avec une circulaire en date du 15 mars afin d'obtenir du pouvoir réglementaire une réaction à ce courant par l'instauration de la sectorisation psychiatrique. Cette sectorisation marque un tournant dans la prise en charge psychiatrique en découpant des zones géographiques en secteurs,

---

<sup>1</sup>MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation (en ligne), Journal officiel, n°150 du 30 juin 1990 (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384&categorieLien=id>

<sup>2</sup>MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 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, (en ligne), Journal officiel n°0155 du 6 juillet 2011 (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

autorisant ainsi les équipes médicales et soignantes à suivre les malades dans leurs lieux de vie familiaux et sociaux. La prise en charge et l'accompagnement de ceux-ci est alors dévolue à une seule et même équipe référente. Progressivement, de nouvelles circulaires et arrêtés sont édictés afin de consolider cette nouvelle vision organisationnelle de la psychiatrie. Si la question de la base légale du secteur se pose dès 1960, il faut attendre 1985 pour que le législateur adopte la loi du 31 décembre<sup>3</sup> donnant force juridique au secteur. Les bases, toujours d'actualité, du secteur de psychiatrie adulte et infanto-juvénile sont posées avec, en parallèle, l'externalisation des soins et la création de centres médico-psychologiques (CMP). Dans le même temps la psychothérapie se développe et, avec la venue des premiers médicaments psychotropes, la trajectoire de vie des patients s'en trouve transformée, la vie en dehors de l'institution devient possible. L'alternative à l'hospitalisation ne cessera dès lors de prendre de l'ampleur, la psychiatrie entamant bien avant l'hôpital général le virage de l'ambulatoire avec un nombre de lits et une durée d'hospitalisation en réduction constante.

Si la révolution feutrée du secteur a permis de rendre une certaine liberté à ces patients dans la maîtrise de leur propre vie, leur accompagnement dans le monde extra-hospitalier a occasionné l'entrée d'un autre acteur sur la scène de la santé mentale, en la présence du médico-social. Et s'il est reconnu depuis 1975, le rôle du médico-social est pleinement réaffirmé par la loi du 2 janvier 2002<sup>4</sup>, le positionnant comme véritable allié du sanitaire. La recherche d'une complémentarité entre les professionnels sur un même territoire a ainsi doucement mené au développement d'une culture partenariale entre le sanitaire, le médico-social et par la suite le social. Le champ de la santé mentale recèle donc de nombreux intervenants aux compétences variées, allant du professionnel hospitalier en passant au bailleur social, à l'assistante sociale ou encore à l'éducateur spécialisé. Cette pluralité d'acteurs ayant des buts aussi diversifiés que la prévention, le curatif, la réadaptation ou la réinsertion sociale, sont appelés à intervenir à chaque étape clef de la rémission de la personne.

Toutefois, si la politique du secteur a permis aux usagers d'avoir de nouvelles perspectives de vie, le système n'est pas exempt d'imperfections. Il est notamment pointé du doigt, à travers de nombreux plans et rapports à destination des pouvoirs publics, l'obsolescence

---

<sup>3</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, (en ligne), Journal officiel du 1er janvier 1986, (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232&categorieLien=id>

<sup>4</sup> MINISTERE DE LA SANTE, loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, (en ligne), Journal officiel du 3 janvier 2002, (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

du secteur dont les contours administratifs ne se sont pas adaptés à l'évolution urbaine, économique et sociale des territoires. Or l'absence d'un découpage territorial pertinent en matière d'action, combiné au cloisonnement persistant entre les secteurs d'activités, est à l'origine de ruptures, de plus en plus dénoncées, dans le parcours de soins et de vie de la personne ayant des troubles psychiques. Ruptures, accidents de trajectoires, hospitalisations inadéquates, cas complexes... autant de qualificatifs pour nommer la situation actuelle des usagers qui ne peut rester en l'état, d'autant plus lorsqu'on estime qu'un Français sur cinq sera confronté à une pathologie mentale au cours de sa vie.

Nous pouvons nous interroger sur la capacité des acteurs de la santé mentale à se réinventer pour façonner ensemble des parcours cohérents et individualisés à toute personne pénétrant dans la sphère mentale. Différentes formes de coopération ont pourtant vu le jour pour pallier la situation : la mise en place de réseaux, de groupements de coopérations sanitaires, de conventions... Mais sans parvenir à opérer un réel changement dans le fonctionnement partenarial.

Une première inflexion est néanmoins constatée avec les conseils locaux en santé mentale (CLSM), outil dont les atouts n'ont été reconnus que tardivement, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016<sup>5</sup> légitimant enfin leur existence. En effet, cet outil de collaboration modifie les règles jusque-là appliquées en intégrant, en plus des partenaires habituels, la ville et les usagers ou représentants d'usagers à une échelle infra-sectorielle. La reconnaissance de ce dispositif plus de 40 ans après sa création réglementaire semble être le premier pas franchi vers une nouvelle coordination des acteurs. Et aujourd'hui, avec la loi de 2016, confortée par le rapport LAFORCADE<sup>6</sup> faisant tout à la fois état des difficultés de collaborations sur les territoires et de l'apport positif des CLSM, un nouveau dispositif voit le jour : les communautés psychiatriques de territoire (CPT). L'objectif annoncée de celle-ci consiste à fédérer « *les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture* ». <sup>7</sup> Les acteurs pouvant y participer étant « *les représentants des patients et des familles, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux* », tout comme « *les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale* ».

---

<sup>5</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (en ligne), Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, (visité le 22.01.2017), disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

<sup>6</sup> LAFORCADE M., 2016, *Rapport relatif à la santé mentale*, 190 p.

<sup>7</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire, (en ligne), JORF n°0252 du 28 octobre 2016, (visité le 22.01.2017) disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/26/AFSH1629102D/jo/texte>

La loi de 2016 porte ainsi en elle la volonté de clarifier les missions d'accessibilité et de continuité du secteur, en se fondant sur l'idée « *d'un secteur rénové* » issue du rapport COUTY de 2009. Le secteur rénové transforme ainsi les professionnels en « acteurs » nécessaires à la prise en charge des malades, mais en intégrant d'autres acteurs à leur côté. La venue des CPT entre donc dans le cadre global d'une volonté de restructurer l'organisation territoriale de la santé mentale. Restructuration amorcée avec l'exigence d'un projet territorial en santé mentale (PTSM) élaboré par les acteurs sur un territoire de leur initiative assurant un panier d'offres et de soins suffisant. Un PTSM qui vise à permettre la coopération en matière de prévention, la mise en place de modalités et de techniques de soins et de prise en charge spécifique ainsi que de modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Ce remodelage structurel doit toutefois être mis en parallèle avec l'apport le plus connu de la loi de 2016 : l'avènement des groupements hospitaliers de territoire (GHT), symbole d'un remaniement profond du système hospitalier. Or, dans le contexte marqué de la réforme des GHT, la CPT est vue par beaucoup comme une demi-mesure accordée suite aux revendications de la psychiatrie publique.

Et la question de la pertinence d'un tel outil coopératif peut traverser l'esprit.

Aussi, nous nous attacherons à déterminer quel(s) intérêt(s) comporte cette CPT dans de telles circonstances, ainsi que le rôle qu'elle pourrait avoir à jouer d'un point de vue territorial dans la fluidification des parcours des personnes atteintes de troubles psychiques, tout ceci en gardant en mémoire que chaque territoire possède ses propres spécificités à même de renforcer ou non l'intérêt d'un tel outil partenarial.

Le terrain d'observation faisant l'objet de notre analyse est le centre hospitalier (CH) de Rouffach, établissement public en santé mentale qui a fait le choix de mettre en place une CPT. Nous nous pencherons donc sur les raisons ayant poussées l'établissement à se faire promoteur d'une CPT (1), ce qui permettra d'en analyser les enjeux (2) et d'en tirer les apprentissages nécessaires à la tenue d'un projet en tant que future directrice d'établissement sanitaire, médico-social et social (3).

### **Méthodologie de récolte des données :**

Etant donné le caractère nouveau de cet outil qu'est la CPT, il est vite apparu que la recherche d'une littérature fournie sur le sujet serait délicate, aussi nous sommes-nous davantage penchée sur le contexte territorial du département dans lequel nous nous trouvions en stage afin de repérer les dispositifs de coopération en santé mentale existants. En partant de ce qui se faisait sur le terrain nous avons commencé à nous poser des

questions sur l'opportunité de la CPT sur le territoire vis-à-vis des outils déjà en place. Ayant été intégrée dès le départ dans le montage du projet nous avons pu voir par nous-même les étapes franchies une à une par notre maître de stage pour le faire accoucher en douceur. En dehors de notre rôle d'observatrice participante à la réalisation du projet, nous avons réalisé un certain nombre d'entretiens semi-directifs auprès de la plupart des acteurs membres de la CPT en vue de récolter leurs analyses respectives<sup>8</sup>. « *La plupart* » seulement étant donné l'impossibilité qui nous a été donnée de parvenir à contacter des professionnels libéraux ; ce qui est à déplorer du point de vue de la richesse des opinions recueillies, mais compréhensible lorsque l'on a connaissance des contraintes, et notamment temporelles, pesant sur ces professionnels. Malgré cet incident de parcours, nous avons pu contacter dans un délai d'un mois, un mois et demi l'ensemble des personnes souhaitées<sup>9</sup>.

Dans le même temps un point sur l'origine des CPT et leur mise en place sur d'autres territoires nous a paru judicieux. C'est pourquoi nous avons contacté le président de l'association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM), ce qui nous a permis d'avoir à la fois une vision plus précise de l'émergence de la CPT, de son inscription dans la loi de santé ainsi qu'une analyse comparative entre plusieurs territoires de CPT en cours de formation. Sur ce dernier point, nous avons également contacté le docteur Christian MULLER, président de la conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) qui élabore un document synthétique sur les CPT en création en France. A l'heure où nous parlons, le document est en cours de finalisation, il ne nous sera donc pas possible d'en tirer profit lors de cette rédaction.

---

<sup>8</sup> Annexes 1 et 2 : liste des entretiens et exemple de guide d'entretien.

<sup>9</sup> 16 entretiens d'une durée moyenne d'une heure.



# **1 La naissance de la communauté psychiatrique de territoire du Haut-Rhin sous le signe d'une forte revendication**

« *Vaccin anti-GHT* », « *lot de consolation* » ou encore « *os à ronger* », les termes employés pour qualifier la CPT ne sont pas toujours très reluisants, aussi peut-on s'interroger sur la relation ambivalente entre le grand frère sanitaire, le GHT, et sa petite sœur (1.1). De façon générale, au-delà des raisons locales ayant poussé l'hôpital de Rouffach à s'inscrire dans la démarche CPT, force est de constater que celui-ci n'en est pas à son premier essai en matière de collaboration en santé mentale dans le département (1.2) et que si la CPT peut paraître comme un palliatif accordé par le législateur, elle aura certainement une implication dans l'élaboration prochaine d'un diagnostic territorial partagé suivi d'un projet territorial de santé mentale prévu par la loi de modernisation de notre système de santé (1.3).

## **1.1 Une réaction de la psychiatrie à l'avènement des groupements hospitaliers de territoire**

Il apparaît qu'au niveau national l'ADESM a pleinement joué son rôle de conseiller lors de la rédaction de la loi de 2016 et de son décret d'application (1.1.1), notamment après avoir entendu les remontées inquiètes de ces adhérents quant à l'avenir de la psychiatrie (1.1.2). La prise en considération de ces attentes se traduit donc par la CPT, un outil volontairement modulable à chaque territoire (1.1.3).

### **1.1.1 Le souhait énergique de l'ADESM d'éviter une dilution de la psychiatrie**

Suite à l'annonce de la création des GHT dans le paysage sanitaire avec obligation pour les établissements psychiatriques d'y adhérer, des voix ont commencé à s'élever. S'il semble que le souhait parisien de conserver leur communauté hospitalière de territoire ait été le premier élément visible de la revendication psychiatrique, très rapidement les manifestations de mécontentement se sont étendues à l'ensemble des autres régions, générant une gronde générale et persistante. Pour les professionnels en psychiatrie, adhérer à un GHT équivaut à être marginalisé, perdre en autonomie avec la perte éventuelle de la maîtrise de leurs moyens... En somme, devenir une simple annexe du GHT, appréhension d'autant plus exprimée avec l'hypothèse redoutée et plausible que l'instauration des GHT ne soit dans la tête du législateur qu'une première étape avant fusion des établissements d'un territoire.

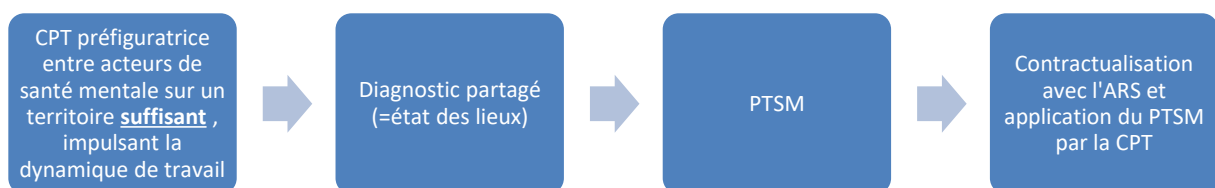
En réaction, de nombreuses demandes de dérogations d'adhésion à un GHT polyvalent ont été formulées auprès des agences régionales de santé (ARS) mais celles-ci n'y ont que

très rarement répondu favorablement<sup>10</sup>. Et quand bien même, pour ceux ayant bénéficié d'une telle dérogation, celle-ci reste du domaine du précaire, un re-bascullement vers le GHT polyvalent du territoire le plus proche ayant de grandes chances de se produire. Pour les autres hôpitaux, l'adhésion à un GHT à vocation MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) a très souvent été perçue comme contrainte et forcée.

Face à ces situations hétéroclites et mal vécues par les établissements psychiatriques, un compromis devait être trouvé. Parallèlement à la construction de l'ossature des GHT, l'ADESM, porte-parole de ces revendications, a donc travaillé à préserver les lettres de noblesse de la psychiatrie. C'est dans ce contexte que ces représentants ont eu l'idée de souffler au législateur de remettre au goût du jour la faculté de mettre en place une structure de coopération territoriale de l'offre de soins et des parcours de vie en santé mentale, comme le préconisait le rapport COUTY de 2009<sup>11</sup>. De ces discussions a émergé la CPT<sup>12</sup>, qui vise à réduire voire supprimer les accidents dans les trajectoires souvent chaotiques des personnes atteintes de troubles psychiques. Or l'objectif d'améliorer l'accès à des parcours de santé et de vie sans ruptures constitue l'un des éléments centraux de la loi de 2016, se traduisant par l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet territorial de santé mentale (PTSM)<sup>13</sup> à l'initiative des acteurs du champ de la santé mentale sur un territoire, objectif donnant dès lors plus de poids à l'intérêt d'une CPT pouvant devenir le fer de lance de l'élaboration et de la réalisation du PTSM.

Mais si la mise en œuvre d'un PTSM est une obligation, *a contrario* la création d'une CPT demeure facultative, libre choix est laissé aux établissements psychiatriques : créer ou non une CPT et si oui, soit avant la mise en place du PTSM, on parle alors de CPT préfiguratrice, soit après (voir schémas ci-dessous)<sup>14</sup> :

1<sup>ère</sup> hypothèse :



<sup>10</sup> On parle de moins de 15 cas recensés en France de GHT spécialisés, avec des échéances plus ou moins longues (allant d'une à quelques années).

<sup>11</sup> COUTY E., 2009, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, 86 p.

<sup>12</sup> Annoncée à l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé et détaillée dans le décret d'application d'octobre 2016.

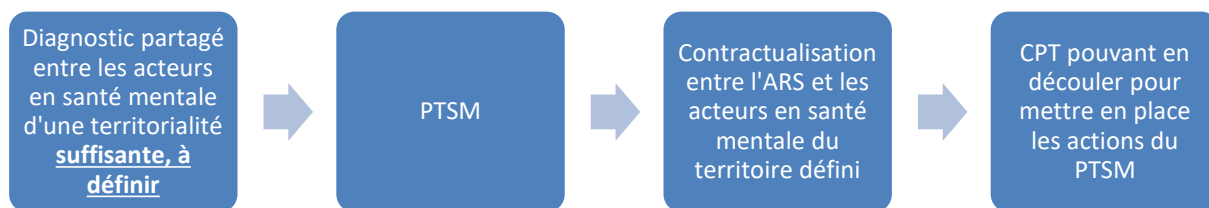
<sup>13</sup> Notion de PTSM retrouvée à l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé et détaillée dans le décret d'application : MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, (en ligne), Journal officiel n° 0176 du 29 juillet 2017, (visité le 05.08.2017), disponible sur Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>

<sup>14</sup> Annexe 3.



2<sup>de</sup> hypothèse :



L'avantage de proposer une CPT préfiguratrice est clairement de pouvoir redonner un rôle de chef de file aux établissements psychiatriques sur le territoire, face au GHT. Sans toutefois en être totalement déconnectée puisque dans un souci de cohérence les actions d'une CPT, par le biais du PTSM notamment, doivent se coordonner avec le volet psychiatrie et santé mentale des projets médicaux partagés (PMP) des GHT d'un même territoire. Tout comme l'action menée par une CPT doit être en lien avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) de son ARS.

La CPT étant de l'initiative des établissements participant au service public de santé mentale, selon les territoires, l'on peut ainsi retrouver des hôpitaux MCO ayant en responsabilité un ou des secteurs psychiatriques donc membre d'un GHT et potentiellement membre d'une CPT.

L'autre particularité de l'outil CPT se traduit dans son aspect multiforme. Instaurant des textes de facture légère le législateur n'est pas tombé dans le travers de l'inflation de textes trop normés qui auraient desservi la mise en œuvre du dispositif. Alors que les premières CPT en France ont généralement été engagées pour répondre à un besoin d'alternance psychiatrique face à l'avènement des GHT, il semblerait que chaque territoire se soit approprié le dispositif et qu'aucune des CPT en formation ne se ressemble. A l'heure où nous écrivons ces lignes la conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) travaille ainsi à une synthèse recensant l'ensemble des territoires ayant fait le choix de créer une CPT préfiguratrice, avec une première analyse des caractéristiques de chacune.

Penchons-nous dès lors sur les raisons premières ayant poussé le CH de Rouffach à vouloir une CPT sur son territoire. Pour cela, il nous faut observer le contexte et la place que prend Rouffach dans le paysage haut-rhinois.

### 1.1.2 La crainte de Rouffach de voir la psychiatrie perdre son identité au sein d'un groupement hospitalier de territoire polyvalent

Le CH de Rouffach constitue l'établissement psychiatrique de référence du Haut-Rhin (68), disposant d'une assez bonne santé financière, et ayant la responsabilité de six des dix secteurs en psychiatrie adulte et d'un secteur psychiatrie enfant et adolescent sur les trois



que compte le département<sup>15</sup>. Sa file active en 2016 était de l'ordre de 15 400 personnes prises en charge. Les autres secteurs sont quant à eux gérés par des hôpitaux publics MCO que sont les hôpitaux civils de Colmar (HCC), le groupement hospitalier de la région Mulhouse Sud-Alsace (GHRMSA) ainsi qu'un établissement de santé privé d'intérêt

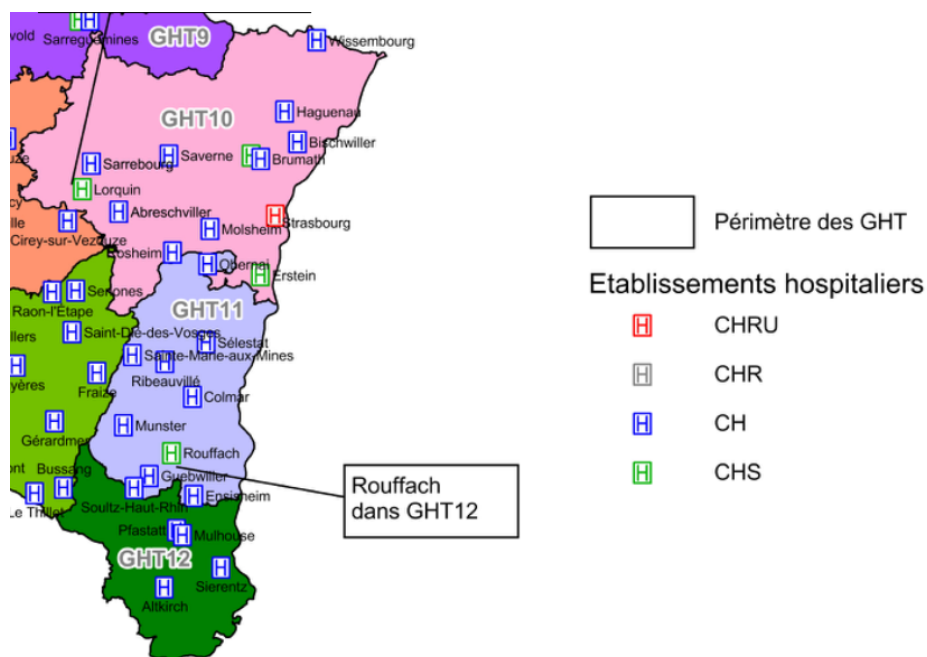
collectif (ESPIC) de l'assurance maladie, le centre médical du Roggenberg.

Parallèlement, l'hôpital de Rouffach a développé un pôle médico-social composé d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) localisé dans le centre-ville de Rouffach, d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) situés dans son enceinte. L'hôpital psychiatrique est également en direction commune avec deux établissements : la maison de retraite de la ville de Sultz matt accolée à la commune de Rouffach ainsi que du centre hospitalier de Pfastatt situé à proximité de Mulhouse et ayant des services d'addictologie, de gérontologie, de médecine polyvalente et disposant de deux EHPAD.

Comme énoncé plus haut, la réforme des GHT a poussé les CHS à réagir par réflexe protectionniste, Rouffach n'a pas fait office d'exception et s'est rapidement positionné en faveur d'un GHT spécialisé. Le directeur général de l'ARS (DGARS) du Grand Est ne lui

<sup>15</sup> Annexe 4 : Cartographie des secteurs en psychiatrie adultes et enfants, adolescents du département du Haut-Rhin (68).

ayant toutefois pas donné raison, injonction a été faite de signer l'adhésion à un GHT de la nouvelle grande région<sup>16</sup>.



Or d'après la carte des GHT d'Alsace, le CH de Rouffach étant géographiquement dans le GHT11 dont l'établissement support sont les HCC (Colmar), nous aurions pu penser qu'il intégrerait celui-ci. Mais la décision de répartition des établissements de santé revenant à l'ARS Grand Est, celle-ci a fait le choix de positionner Rouffach dans le GHT12 dont l'établissement support est le GHRMSA (Mulhouse), un établissement de taille et de poids équivalents à ceux d'un centre hospitalier universitaire (CHU) du fait de plusieurs fusions opérées ces toutes dernières années. Si les raisons de ce choix n'ont pas été communiquées, l'on peut néanmoins penser que cela est en lien avec le degré de collaboration plus important existant entre le CH de Rouffach et le GHRMSA. L'analyse de la carte des secteurs permet de mieux comprendre les raisons de ce choix au regard des secteurs de psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie présents sur le territoire de la ville de Mulhouse partagée entre les deux établissements. Toutefois, du fait des autres interventions réalisées sur la ville de Colmar et donc des coopérations entre HCC et Rouffach, ce dernier a été associé, comme le prévoit la loi, au GHT11. Rouffach adhère donc au GHT12 auprès d'un établissement support imposant et d'un autre CH d'envergure plus modeste, et est associé au GHT11 ; situation qui n'a pas su apaiser le CH de Rouffach quant à son avenir. Ne se démobilisant pas, le CH de Rouffach a alors saisi l'opportunité que la loi lui tendait de pouvoir s'organiser en dehors des GHT non désirés. Etablissement à l'origine de l'initiative, encore fallait-il convaincre les autres structures publiques et privées

<sup>16</sup> Annexe 5 : cartographie des GHT d'Alsace.

ayant la responsabilité de secteurs de psychiatrie sur le territoire<sup>17</sup> d'accepter d'en être signataires, ce à quoi Rouffach est parvenu sans difficultés auprès de Colmar, de Mulhouse et du Roggenberg, en délimitant un périmètre départemental à la CPT.

Rouffach se révèle pour le moment être l'établissement meneur au sein des participants à la CPT. Rouffach étant promoteur d'une psychiatrie ouverte sur la cité, on remarque que la CPT du Haut-Rhin a été conçue de façon à intégrer pleinement les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire intervenant dans le champ de la santé mentale. Or cette interprétation du dispositif est loin d'être rencontrée systématiquement dans les autres CPT connues à l'heure où nous parlons. Comme nous le disions plus haut, chaque CPT possède sa propre coloration selon l'histoire de son territoire et Rouffach en est une illustration.

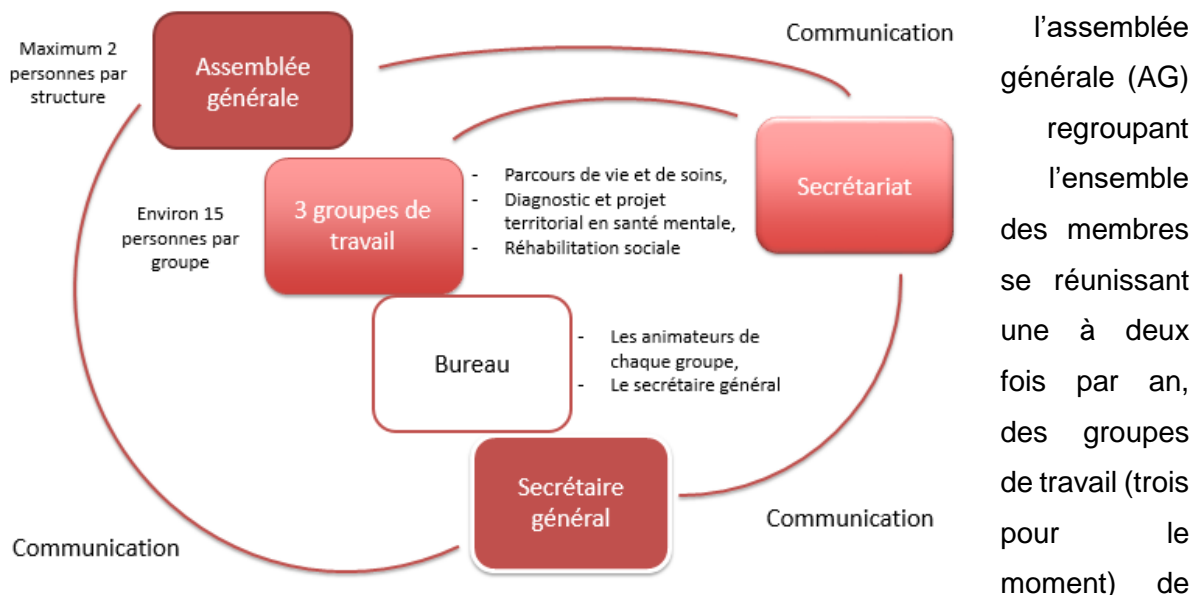
### **1.1.3 Une CPT modelée selon l'histoire partenariale du centre hospitalier de Rouffach**

En revenant quelques années en arrière, il est intéressant de remarquer qu'une première tentative de rassemblement d'acteurs du champ de la psychiatrie publique (Rouffach, Colmar et Mulhouse) avait été menée. A l'époque, le CH de Rouffach souhaitait qu'un groupement de coopération sanitaire (GCS) en santé mentale soit installé sur le territoire du département pour une réflexion globale en matière de psychiatrie. Mais le CH de Rouffach n'était pas parvenu à convaincre de la pertinence d'un tel dispositif et s'était vu opposer une fin de non-recevoir de la part des hôpitaux somatiques. Deux éléments sont à même de justifier le revirement d'aujourd'hui. D'une part, le changement de contexte législatif avec les GHT a permis de faire évoluer les mentalités et faire accepter que la psychiatrie veuille s'organiser en dehors de ceux-ci, et d'autre part, les marges de manœuvre laissées aux acteurs dans la modulation de l'outil CPT, tant du point de vue de son formalisme, de la définition de son territoire, de la qualité de ces membres que de ses modalités d'actions.

---

<sup>17</sup> La question de l'étendue de celui-ci s'est d'ailleurs posée, comme nous le verrons ultérieurement.

En effet, une grande souplesse est accordée par la loi, et dans le cas de la CPT du Haut-Rhin une simple convention constitutive et son règlement intérieur ont été rédigés. Contrairement au GCS qu'on assimile à une certaine lourdeur administrative la CPT68 se veut légère dans le fonctionnement et veut éviter ainsi tout écueil bureaucratique. En cela l'organisation interne du dispositif est volontairement épurée<sup>18</sup> : au sommet se trouve



maximum 15 personnes travaillant périodiquement selon un rythme qui leur est propre avec à la tête de chacun un binôme d'animateurs. Lesquels animateurs se retrouvent ensuite dans un bureau piloté par un secrétaire général élu pour cinq ans qui assure la coordination entre l'AG et les groupes de travail. Enfin l'aspect communication des informations, rédaction des procès-verbaux de réunions institutionnelles est tenu par un secrétariat, actuellement situé à Rouffach.

Ayant une longue histoire partenariale avec le médico-social et le social de par la nature des pathologies de ces patients et l'importance grandissante accordée à leur réinsertion sociale, Rouffach n'a pas souhaité rester dans l'entre soi en ne conviant que les hôpitaux ayant une activité de psychiatrie. En effet, la loi énonce de façon non exhaustive les membres potentiels d'une CPT, seule est exigée la présence, volontaire, des établissements assurant un service public en santé mentale. De ce fait, libre à chacun d'y inviter qui de droit agissant dans ce champ. C'est ce qui a été décidé dans le Haut-Rhin : outre les quatre établissements hospitaliers de droit public et privé précités<sup>19</sup> les autres membres de la CPT sont nombreux, l'on retrouve ainsi :

- L'association des maires du Haut-Rhin (AMHR) ;

<sup>18</sup> Annexe 6 : organisation structurelle de la CPT du Haut-Rhin.

<sup>19</sup> Colmar (HCC), Mulhouse (GHRMSA) et le Roggenberg.

- Des associations d'usagers (les deux groupes d'entraide mutuelle (GEM) de Mulhouse *Les ailes de l'espoir* et *La Navette* et le GEM de Guebwiller *La source du Florival*) ;
- Des associations de familles (l'association Schizo-Espoir, ALS'ASPERGER) ;
- Le centre hospitalier de Pfastatt ;
- La clinique privée spécialisée en psychiatrie Solisana du groupe Korian ;
- Des structures sociales et médico-sociales intervenant dans le domaine du handicap psychique (le centre départemental de repos et de soins (CDRS) de Colmar, le groupe Saint-Sauveur, l'association Adèle de GLAUBITZ, l'association d'aide au logement des sans-abris (ALSA), l'association Accueil, Prévention, Protection, Urgence, Insertion Sociale (APPUIS), l'association *Au fil de la vie*, l'association Espoir, l'association Adapei Papillons Blancs d'Alsace, l'association régionale spécialisée d'action sociale d'éducation et d'animation (ARSEA), l'association Santé mentale Alsace, l'association Sinclair, le réseau APA-APAMAD) ;
- Le conseil départemental (CD) du Haut-Rhin ;
- La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
- La maison des adolescents (MDA).

Plusieurs remarques peuvent être faites au regard de cette liste de membres : tout d'abord la présence d'une clinique, qui démontre la bonne entente pré-existante entre la psychiatrie publique et privée sur le territoire puisque des conventions existent et fonctionnent depuis des années entre les deux entités. Ensuite, la présence de l'AMHR, qui n'est pas anodine. Il faut ici souligner l'impact important de cet organisme dans le département, comme nous le verrons ultérieurement, la CPT, comme d'autres dispositifs de coopérations, doit beaucoup à la présence et au soutien de cette association d'élus. Son implication dans la prise de conscience collective du besoin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques dans la cité est cruciale pour opérer des changements significatifs. La présence du CD qui là aussi apporte la preuve d'un soutien, cette fois-ci institutionnel, et qui fait entrer dans la boucle la MDPH au rôle charnière dans le parcours de vie des personnes atteintes d'un handicap. Le fait que des GEM soient représentés dans cette CPT est également un signe fort, celui de vouloir leur participation active. La présence d'une MDA se justifie au regard de l'histoire même de cette structure dont la fondation remonte à 2009 et qui fut faite avec le soutien du CH de Rouffach, le directeur de l'hôpital en étant depuis le vice-président. Enfin, la présence des nombreuses associations médico-sociales et sociales s'explique pour beaucoup de par l'existence antérieure de partenariats avec le CH de Rouffach.

Les futurs membres identifiés, la première assemblée générale de la CPT a été lancée le 2 mars 2017 afin de concrétiser le projet. Une fois acceptée à l'unanimité par ses membres puis par l'ARS, le texte législatif imposant son approbation, la signature officielle de la CPT du Haut-Rhin a eu lieu le 26 juin 2017 dans les locaux du GEM *Les ailes de l'espoir*.

Si l'utilisation de la CPT peut être perçue comme la volonté de se « protéger » du GHT, cela n'en constitue donc pas la seule raison. En effet, éviter les ruptures dans la prise en charge d'une personne tant concernant les soins que son parcours de vie est un moyen de poursuivre le travail partenarial débuté depuis quelques années sur le périmètre d'action du CHR, et même au-delà.

## **1.2 Une action en dehors des murs menée depuis longtemps**

En matière d'amélioration de la prise en charge de ces patients, le CH de Rouffach n'a pas attendu la venue de la CPT pour montrer l'exemple d'une ouverture de la psychiatrie vers l'extérieur, ce qui se traduit tant dans son fonctionnement interne et ses documents institutionnels (1.2.1) que dans les innovations partenariales (1.2.2).

### **1.2.1 Une politique interne favorisant le pouvoir d'agir des patients**

Comme le rappelle son projet d'établissement (PE) 2016-2020, la psychiatrie doit privilégier « *le maintien de la personne malade au sein de son espace de vie habituel* », l'objectif que se fixe l'hôpital est donc le rétablissement des personnes hospitalisées. Nous pouvons relever que les existences du FAM et de la MAS depuis une dizaine d'années sont directement issues de cette prise de conscience de la part des praticiens hospitaliers de Rouffach. Ces projets partent du constat que beaucoup de patients, une fois hospitalisés, le restaient indéfiniment, occasionnant une chronicisation de leurs pathologies et les rendant inaptes à une socialisation en dehors de l'hôpital. Il s'agit là du premier pas réalisé dans le sens d'un changement de paradigme : lutter contre les hospitalisations dites inadéquates, placer les usagers dans un contexte non plus de soins mais de vie et ainsi favoriser leur retour à la société en les y faisant participer.

C'est dans cette logique d'éviter l'hospitalisation quand cela est possible que l'établissement a depuis 1988 développé ses structures extra-hospitalières<sup>20</sup> devenant les pivots de l'organisation des soins dans la cité. La conséquence directe de ces efforts organisationnels et de pratiques professionnelles a été la réduction du nombre de lits, passant de plus d'un millier de lits en capacité maximale dans les années 1960 à 333 lits

---

<sup>20</sup> Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour (HDJ), centre médico-psychologique (CMP), unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES), visite à domicile (VAD), équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)...

aujourd'hui. Et cette démarche continue encore actuellement puisqu'une soixantaine de lits seront progressivement fermés d'ici 2020, la première fermeture de 19 lits ayant lieu fin août-début septembre 2017, et où les effectifs seront redéployés avec l'idée de renforcer les structures ambulatoires.

Au-delà des aspects strictement organisationnels de l'institution, l'accent est mis sur la notion de pouvoir d'agir des usagers (ou *empowerment*), rappelant que la citoyenneté ne se perd pas à la survenance d'une pathologie psychiatrique et que les patients doivent pouvoir contribuer à leur propre guérison. C'est dans cette optique que Rouffach compte assurer le recrutement de deux médiateurs de santé-pairs. Ces derniers, d'anciens patients aujourd'hui réinsérés socialement, seront ainsi au contact des malades hospitalisés, démontrant qu'une pathologie psychique ne peut plus être perçue comme un handicap définitif, et partageront leur propre expérience et expertise avec l'équipe soignante dont ils feront intégralement partie. L'institution se veut au service de la personne et comme l'exprime le PE concernant ces nouveaux métiers : *leur expérience complète le savoir des soignants*. Cette nouvelle approche de la psychiatrie fondée sur la pair-aidance issue d'expériences réussies dans d'autres pays peut être un facteur de réalisation de la (re)prise en main par l'utilisateur de son propre mal, et par extension de son existence. A cette fin, des projets de soins personnalisés pour les patients sont envisagés dans les années à venir. Par ailleurs, un autre élément de démarche d'accompagnement de sortie de la personne existe au sein de l'hôpital, la « maison Saint-Vincent ». Celle-ci permet à des patients encore hospitalisés d'être placés dans des appartements aménagés avec des espaces collectifs et individuels, ceci afin d'entrer dans un processus de réhabilitation à la vie sociale et à gagner en autonomie. Cette maison permet de réaliser une première évaluation des capacités de la personne et de transformer l'essai en devenant un tremplin vers un appartement thérapeutique à l'extérieur si l'évaluation est concluante.

Une dernière initiative que l'on peut noter est le souhait affiché de mettre en place des coordonnateurs de parcours (ou *case-manager*). Ce référent intègre parfaitement les notions de réhabilitation et réinsertion du patient en jouant le rôle de facilitateur individuel de parcours avec les structures amenées à interagir avec son patient dans le cadre de sa prise en charge. En assurant un tutorat personnalisé à l'utilisateur, celui-ci redeviendrait peu à peu maître de sa vie.

En rendant au malade son rôle de protagoniste de sa propre vie, on le fait donc entrer dans une spirale de rétablissement (ou *recovery*) où il reprend confiance et estime de lui-même. Cette nouvelle approche du soin s'intègre pleinement dans la démarche à laquelle adhère le CHR depuis 2010 : la norme ISO 26 000 « *développement durable et responsabilité*



*sociétale* » ou responsabilité sociétale, organisationnelle et de développement durable (RSODD)<sup>21</sup>.

Il est ainsi écrit dans le PE 2016-2020 de Rouffach que « *le CH place son action au cœur de la cité* ». Au nom de cette psychiatrie communautaire, l'établissement a toute sa place dans le soutien d'actions réalisées par des dispositifs de coopérations territoriales, il en est même souvent l'initiateur.

### **1.2.2 De nombreux dispositifs de collaborations ancrés dans le paysage départemental avec comme point commun le centre hospitalier de Rouffach**

Au fil de l'avancée du stage au sein du CH de Rouffach, le constat pouvant être fait est que l'établissement fourmille de projets de coopérations en cours ou en devenir. Si nous retrouvons les traditionnelles conventions bilatérales sur le territoire alsacien avec d'autres structures sanitaires, médico-sociales et sociales, ou avec l'étranger<sup>22</sup> ; l'action rouffachoise s'étend bien au-delà de ces instruments ordinaires. Chaque projet a généralement un lien plus ou moins visible avec les autres : nous pouvons en faire un rapide panorama en évoquant sa participation régulière aux semaines d'information de la santé mentale (SISM), lieu de diffusion d'informations auprès du grand public et où sera prochainement communiqué le financement d'un centre de ressources sur les handicaps psychiques (CReHPsy) Alsace, création obtenue auprès de l'ARS avec d'autres partenaires du territoire. Ce même guichet unique s'inscrit au sein d'un réseau impliquant un étroit partenariat avec les contrats locaux en santé mentale (CLSM) dans la mesure où ceux-ci incarnent le réseau et au sein desquels de nombreuses actions de déstigmatisation, de réinsertion et de résolution de cas complexes ont pu être mises en œuvre. Ou encore la réalisation sur le territoire de contrats sociaux multipartites (CSM), démarche d'inclusion issue du Conseil de l'Europe, à l'origine à destination de personnes bénéficiant du revenu de solidarité active (RSA), et transposée par le CHR aux personnes atteintes de troubles psychiques. Ou enfin le travail effectué auprès de publics spécifiques dont les enjeux de prises en charge se font plus prégnants tels que la psychiatrie de l'âge avancé et l'intégration du CHR au répertoire des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), la gestion d'un centre ressource autisme (CRA) ou encore l'émergence d'un pôle pédopsychiatrique inter-hospitalier avec le GHRMSA...

---

<sup>21</sup> Cette politique possède de multiples axes aussi serait-il complexe de tous les aborder dans nos propos mais tout au moins pouvons-nous indiquer que l'un d'entre eux vise à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques.

<sup>22</sup> Jumelage avec l'hôpital de Mainkofen en Allemagne, coopération avec les CHU de Casablanca et Marrakech

Dans bien des domaines Rouffach se révèle proactif, pour les patients, mais également pour les familles avec par exemple le développement depuis plus de dix ans de Profamille, programme de psychoéducation importé d'outre-Atlantique venant en aide aux proches des malades.

Il paraît intéressant ici de se pencher plus spécifiquement sur deux projets ayant le vent en poupe à l'heure où nous parlons : les CLSM et les CSM.

- Ribeauvillé
- Colmar
- Guebwiller
- Thann
- Mulhouse
- Saint-Louis
- Altkirch



Nous dénombrons aujourd'hui sept CLSM sur le territoire haut-rhinois dont le découpage se base sur les arrondissements et restent en lien avec les secteurs de psychiatrie<sup>23</sup>. Ces CLSM se sont progressivement formés

grâce au portage notable de l'association des maires du Haut-Rhin (AMHR) et au soutien de l'ARS ayant inscrit ces dispositifs de démocratie sanitaire dans le cadre du PRS 2012-2016. Volonté a ensuite été exprimée de mailler le département dans sa globalité en CLSM afin d'éviter l'existence de zones blanches, dans l'hypothèse où chaque commune, petite ou grande, souhaiterait y être impliquée. Grâce à l'inscription au PRS un financement ARS a pu être dégagé pour un poste de coordonnateur départemental. Ce chargé de mission CLSM, rattaché physiquement au CHR, a la lourde tâche de faire le lien entre les différents CLSM, *entre harmonisation des pratiques et respect des spécificités propres à chaque territoire*<sup>24</sup>.

L'une des caractéristiques du CLSM est la réunion d'acteurs en santé mentale de tous horizons (bailleurs sociaux, assistantes sociales, structures médico-sociales, hôpitaux, professionnels libéraux, représentants d'usagers et de leurs familles, institutions telles que la Justice, l'Education nationale, les forces de l'ordre...) pilotée par un élu. Et l'implication de l'AMHR a été primordiale dans la réussite de ces projets : une participation en pointillée d'un élu dans un CLSM signifie peu ou prou la mort du dispositif dans la mesure où il porte le projet en tant que pilote. Toute la difficulté de départ a été de leur faire prendre conscience des répercussions considérables que peut avoir la santé mentale dans la cité.

<sup>23</sup> Annexe 7 : sur la carte est dessiné huit zones de CLSM : sept CLSM sont effectivement mis en place, le dernier est en cours de réflexion. Il concerne la couronne mulhousienne et il est soutenu l'idée de l'intégrer à l'actuel CLSM de Mulhouse intra-muros.

<sup>24</sup> FURSTOSS E., 2016, *Les réseaux en santé mentale : le cas des conseils locaux de santé mentale haut-rhinois*, mémoire de master MAE Management des organisations de santé et médico-sociales, 65 p.

Une fois cet objectif atteint, de grandes avancées en matière de partenariats entre le sanitaire, social, médico-social ont pu être réalisées sur le territoire comme nous le verrons plus en détails par la suite. A souligner que sans reconnaissance législative depuis leur conception par une circulaire de 1972 les CLSM voient enfin leur action légitimée par la loi de modernisation de santé, leurs apports étant non négligeables comme vecteurs d'une psychiatrie communautaire, comme le démontre la création des CSM.

Au sein de certains CLSM des CSM ont été mis en place à l'initiative de Rouffach. Il s'agit d'un instrument de coresponsabilité ayant pour objectif de faire retrouver une confiance en soi à la personne signataire, en collaboration avec la ville et l'hôpital. Le terme coresponsabilité et son label CSM sont issus du Conseil de l'Europe et visent à analyser l'état de santé des populations, l'on retombe donc sur la notion de pouvoir d'agir en favorisant l'insertion sociale des « *partenaires-auteurs* ». Ces derniers définissent eux-mêmes leur bien-être et effectuent des ateliers sur ces thématiques après signature du contrat pour une durée de neuf mois. L'intérêt des CSM est ainsi de redonner des objectifs à chacun, ce qui s'est traduit à la fin d'un des CSM par la création d'une association d'usagers, aujourd'hui reconnue et financée par l'ARS pour devenir GEM.

Les résultats en autonomisation des personnes étant au rendez-vous, l'inscription de la démarche à un appel à projet national relatif à l'accompagnement vers l'autonomie en santé s'est faite naturellement. Fin 2016 la candidature du CHR était retenue et il est prévu la réalisation d'un CSM dans chaque CLSM du département<sup>25</sup> avec cette fois-ci tout un panel de partenaires présents au côté du CHR, et en charge de cette organisation l'actuelle chargée de mission CLSM.

Or, à l'issue de ces contrats des participants ont souhaité continuer à être suivis, allant jusqu'à rédiger une pétition, ce qui au passage, démontre la réussite du projet de développer leurs habiletés sociales. Mais cela a posé l'épineux problème du financement d'un programme successeur. Le CH a donc dû chercher, avec les difficultés que l'on peut deviner, le financement nécessaire à la poursuite de l'aventure, l'ARS n'ayant pas eu à disposition de crédits pour en faciliter le montage. Deux ans se sont donc écoulés entre la conception d'un projet de théâtre *Mon voisin est extra*<sup>26</sup> en relation avec les centres socio-culturels de la ville de Mulhouse et son aboutissement. La traduction de tous ces efforts ? Une découverte d'un nouveau partenaire en la présence des centres socio-culturels très désireux de continuer dans cette démarche, une mixité sociale puisque deux publics se sont épaulés pour monter cette pièce de théâtre : les bénéficiaires du RSA et d'anciens patients, et une citoyenneté retrouvée.

---

<sup>25</sup> Ce projet CSM entre ainsi dans le cadre de l'article 92 de la loi du 26 janvier 2016.

<sup>26</sup> Annexe 8.

Les engagements du CH de Rouffach hors de son enceinte s'avèrent foisonnants et riches en diversité. A l'image du fil de pelote que l'on déroule, on aperçoit nettement l'interdépendance de chaque projet dès que l'on commence à tirer sur une extrémité. Et l'on peut légitimement penser qu'une CPT pourrait sublimer ce multipartenariat préexistant sur le territoire, mais encore faut-il définir de quelle territorialité nous parlons.

### **1.3 Le rôle à jouer de la CPT en matière de territorialité**

La loi du 26 janvier 2016 redessine l'organisation de la santé mentale en planifiant un PTSM afin de pallier les insuffisances actuelles en termes de prise en charge et d'accompagnement de la personne atteinte de troubles psychiques. A cette fin, un calendrier est arrêté par son décret d'application, laissant l'initiative aux acteurs concernés de l'élaborer<sup>27</sup>. Une certaine flexibilité est donc accordée par la loi, et l'élaboration de ce projet doit se fonder sur un diagnostic piloté par les professionnels du territoire, l'ARS n'ayant qu'un rôle de garant-superviseur. La seule contrainte est d'éviter qu'une parcelle de territoire ne soit oubliée par ledit projet, pour cela le texte se réfère à un « *territoire suffisant* » à même d'offrir le panier de soin et de vie nécessaire. Or l'articulation du PTSM avec une CPT préfiguratrice est explicitement envisagée. Et le fait de ne pas déterminer ce que renferme la notion de « *territoire* » est une opportunité donnée aux acteurs de faire correspondre le PTSM à un périmètre d'action qu'ils auront librement défini. En cela la CPT a potentiellement un rôle à jouer dans cette définition et la dynamique de travail qui en découle. Si le décret parle de « *s'assurer de la participation* » des CPT au PTSM, on peut aller au-delà et faire de la CPT préfiguratrice le moteur de la démarche, d'autant plus lorsque les périmètres de chacun se révèlent superposables.

Traduction tout à la fois d'un mouvement contestataire rouffachois face aux GHT et d'une occasion offerte par le législateur de franchir une nouvelle étape dans la collaboration entre le sanitaire, le médico-social et le social, la naissance d'une CPT préfiguratrice du Haut-Rhin prend du sens. Mais une ébauche sous-tend des balbutiements, des tâtonnements, de l'incertitude, un risque de flottement... En résumé : de premiers obstacles à franchir qui, s'ils ne sont pas relevés rapidement afin de convaincre, peuvent signifier la dissolution du projet avant même son arrivée à maturité.

---

<sup>27</sup> Les acteurs ont 36 mois à compter de la publication du décret d'application, sans démarche de leur part l'ARS prendra les dispositions qui s'imposent pour qu'il voit le jour.

## **2 L'écllosion d'enjeux de la conception à la mise en œuvre opérationnelle du projet de CPT**

Un projet se forge selon les intentions qu'on lui donne et sur le territoire du Haut-Rhin (68), l'intention première est bien pour les acteurs d'être partisans d'une nouvelle politique en santé mentale et de s'en donner les moyens (2.1). Ceci explique que les fondements de la CPT s'appuieront essentiellement sur l'expertise des CLSM dans leurs territoires de proximité (2.2), posant la justification de la délimitation départementale du périmètre d'action de la CPT (2.3). Enfin, l'intérêt d'adhérer à la CPT pour chaque acteur en santé mentale découle directement de l'attractivité et du sens que celle-ci doit véhiculer pour persuader de son utilité (2.4).

### **2.1 Le décryptage de la fonction de la CPT sur le territoire**

Chaque territoire a la possibilité de moduler à sa guise la forme et l'organisation de sa CPT, à chacun de transmettre le message qu'il souhaite en montant un tel projet (2.1.1). En l'espèce, le CH de Rouffach a souhaité souligner la détermination de chacun de ne plus travailler replier sur lui-même et favoriser, dans la mesure du possible, un certain décroisement (2.1.2). Les moyens pour y parvenir : mettre l'accent sur le pragmatisme du terrain plutôt que sur la beauté d'une théorie impraticable (2.1.3).

#### **2.1.1 Simple compromis aux GHT ou signal politique fort ?**

Comme vu précédemment, s'arrêter au début de cette interrogation est réducteur : si la plupart des personnes investies en santé mentale dans le département se sont effectivement opposées, de manière presque militante, au projet d'adhésion au GHT polyvalent, une fois l'adhésion signée par Rouffach il n'y a pas eu d' « effet bunker » où chacun reste campé sur ses positions. La psychiatrie publique a pris acte de cet état de fait, l'adhésion à un GHT était inévitable ; pour autant, la loi donnant une alternative, elle s'en est saisie. Certes, l'acte de naissance de la CPT n'est pas indépendant de l'association forcée à un GHT, il symbolise le remplacement de la psychiatrie vis-à-vis du MCO comme discipline à part entière. Mais il n'est pas, et ne doit pas être, le symptôme d'un rejet du GHT, il se révèle tout autre : un appel au changement. Il s'agit d'un signal fort lancé au GHT, aux institutions et à tous ceux travaillant dans la santé mentale : l'élément déclencheur d'une prise de conscience qu'une transformation est en cours. L'hôpital doit faire peau neuve en transformant ces pratiques, et cette transformation ne doit pas être isolée mais atteindre l'ensemble des acteurs en santé mentale.

*On a longtemps pensé que les gros murs de la psychiatrie des établissements publics de santé mentale étaient une enveloppe (...) mais le problème c'est que l'on a généralisé le fait que ce serait une enveloppe obligée pour tout le monde<sup>28</sup>.*

Le CH de Rouffach a déjà compris que l'ancien système hospitalier avait occasionné une chronicisation de ces patients et favoriser l'exclusion, mais le changement de mentalité a débuté, l'historique de l'action partenariale du CHR le montre. Et ce changement devient de plus en plus palpable à l'échelle des CLSM, en ce sens la CPT peut s'analyser comme la suite logique de ce qui s'est déroulé ces dernières années sur le territoire, une sorte de supra-CLSM selon certains. Elle apporte un véritable sens au travail de partenariat dans le paysage haut-rhinois, celui de vouloir travailler ensemble en bonne intelligence dans une autre dimension que celle d'un territoire de proximité, ce qui signifie travailler avec et non pas contre les GHT et leurs PMP. On peut donc espérer que l'on aille vers une collaboration, plutôt que vers une confrontation GHT/CPT. D'autant plus que l'approbation par une ARS volontairement « *observatrice bienveillante d'une démarche conçue comme celle des opérateurs* », permet d'en légitimer l'existence. Cette existence légale et réelle donnant plus de poids au dispositif.

S'opère donc sur le territoire une prise de conscience de plus en plus forte de l'intérêt de travailler de concert et non pas chacun dans son domaine d'expertise. La notion de décloisonnement émerge.

### **2.1.2 Une volonté marquée de travailler ensemble sur des problématiques communes aux secteurs sanitaire, médico-social et social**

L'adhésion d'un grand nombre de professionnels à la CPT a pour corollaire de grandes attentes.

*Le rôle de la CPT est de décentrer la question de la santé mentale sur la communauté dans le sens le plus large du terme, et conduire toute une série de personnes à partager leurs besoins et leurs expériences dans ces domaines<sup>29</sup>.*

Le simple fait d'apprendre à connaître les autres personnes agissant sur le territoire dans le champ de la santé mentale permet de faire bouger les choses. On se rend très facilement compte que se rencontrer, mettre un visage sur un nom, suffit à débloquent un certain nombre de situations. L'interconnaissance permet une meilleure appréhension du rôle de chacun sur le territoire et dans les différentes étapes de la trajectoire de la personne. Mais c'est également prendre conscience de la façon dont les autres nous perçoivent, parfois à nos dépens : au cours d'une réunion d'un groupe de travail de la CPT les représentants de Rouffach ont eu la surprise d'apprendre que les infirmiers de Rouffach réalisant des visites

---

<sup>28</sup> Extrait d'entretien du président de la CME de Rouffach.

<sup>29</sup> Extrait d'entretien du directeur du CH de Rouffach.

à domicile (VAD) étaient surnommés de manière taquine les « toctologues » par leurs collègues du médico-social. La raison avancée étant le peu de temps passé à la porte du patient quand celui-ci n'ouvrait pas immédiatement... A l'inverse, les professionnels hospitaliers ont pu reprocher aux structures médico-sociales de faire un usage excessif de la méthode du « casting » sélectionnant les usagers selon la lourdeur de leurs prises en charge. Ces anecdotes illustrent bien les ressentis, positifs ou négatifs, pouvant exister de part et d'autre et sur lesquels il convient de revenir pour avancer et progresser dans les relations avec chacun.

De même, en s'associant, les acteurs souhaitent mettre fin à certaines difficultés rencontrées, en assurant une meilleure communication entre eux sur les projets de chacun, les orientations politiques ou organisationnelles de leur secteur... Toute information pouvant se révéler utile dans l'amélioration du parcours des personnes :

*Cela permettra de communiquer les informations pouvant faire basculer une prise en charge vers le positif<sup>30</sup>.*

Le regroupement d'acteurs est aussi une manière de remettre en question collectivement les pratiques de chacun pour révéler des sujets auxquels personne n'avait songé ou osé remettre en cause. Etre régulièrement face à des cas dits complexes sans solution pérenne ou satisfaisante est une inquiétude persistante. Ces situations ayant fait l'objet du rapport PIVETEAU<sup>31</sup> restent malheureusement trop souvent sans remède efficace. Et partager ses expériences pour en faire découler des actions résolvant ces situations problématiques serait une avancée significative.

Mutualiser le travail et les moyens de chacun pour aboutir à plus de qualité, développer des habitudes de travail en commun, assurer une meilleure alliance thérapeutique à la personne nécessite une réorganisation à laquelle aujourd'hui tous les membres de la CPT semblent prêts à faire face :

*C'est à nous de nous transformer en nous organisant ensemble pour moins demander aux personnes de s'adapter aux réponses qu'on leur propose<sup>32</sup>.*

*On est dans une stratégie où l'étayage est Croix rouge alors que le médico-social et le social par leurs fonctions ont toute leur place dans cette réadaptation du sujet... La CPT est une vraie concrétisation de cela<sup>33</sup>.*

Il s'agit d'une véritable politique globale, et le CD du Haut-Rhin ne s'y est pas trompé :

---

<sup>30</sup> Extrait d'entretien de l'association Schizo-Espoir.

<sup>31</sup> PIVETEAU D., 2014, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* 96 p.

<sup>32</sup> Extrait d'entretien de l'association APPUIS.

<sup>33</sup> Extrait d'entretien du président de la CME de Rouffach.

*Il s'agit d'un levier pour dialoguer entre le sanitaire et le médico-social et être dans un cadre pour entamer un dialogue afin de progresser sur la prise en charge du handicap psychique sur un territoire.*

Et l'ARS, à travers la venue du DGARS à la signature officielle de la CPT en juin dernier, paraît bienveillante vis-à-vis de cette initiative dans la mesure où celle-ci fédère les acteurs d'un territoire de manière cohérente et qu'elle apporte une possibilité de décroiser.

Si travailler ensemble est dans tous les esprits, cela s'explique donc au regard des difficultés auxquelles chacun est confronté dans son champ de compétences. Encore faut-il savoir ce que renferme la notion de travailler ensemble : de la simple figuration ou une réelle collaboration ?

*Nous sommes partenaires, mais le jour où l'on aura gagné c'est quand nous travaillerons ensemble<sup>34</sup>.*

Ayant participé à la rédaction de la convention et du règlement intérieur de la CPT, un point apparaît intéressant à signaler au regard de la conception faite de l'outil. La loi distingue deux sortes de membres, les établissements psychiatriques signataires et les structures associées. Dans le cadre de la CPT du Haut-Rhin il a été décidé de mettre l'ensemble des acteurs membres sur un même pied d'égalité, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un GEM, d'une association d'aide au logement... Toute trace de hiérarchie a été abolie : chaque membre l'est à part entière et possède le même « poids » en matière décisionnelle ou de participation. La prise de décision se fait par consensus mais en cas de vote une voix égale une voix. L'un des enjeux de la CPT sera de parvenir à effacer cette barrière que beaucoup se mettent encore entre eux, petite structure, et le poids lourd sanitaire.

*Les hôpitaux doivent faire l'effort de s'ouvrir et de laisser la place au médico-social, même s'ils managent le tout, car ils sont membres et nous qu'affiliés<sup>35</sup>.*

C'est un processus d'apprentissage qui prendra certainement un peu de temps, charge au CH de Rouffach de montrer les potentialités qui s'offrent à ces partenaires pour que se crée de nouvelles relations de travail. Par ailleurs, le fait que le CH de Rouffach ait enclenché le processus CPT n'a pas été remis en cause par les acteurs un seul instant, l'établissement apparaissant le plus légitime dans la démarche d'une collaboration départementale. Une certaine attente était d'ailleurs palpable par la plupart des partenaires gravitant autour du CHR avant que l'annonce d'une CPT ne s'ébruite.

La CPT incarne donc cette volonté de travailler en partenariat, mais pour qu'elle puisse fonctionner de façon opérationnelle, elle doit disposer de quelques atouts dans sa manche.

---

<sup>34</sup> Extrait d'entretien de l'association Santé mentale Alsace.

<sup>35</sup> Extrait d'entretien de l'association Santé mentale Alsace.



### **2.1.3 Un dispositif qui se veut souple et protéiforme**

Afin d'éviter la paralysie bureaucratique tant redoutée autrefois avec un GCS santé mentale, la CPT du Haut-Rhin se veut la plus simple possible. Elle ne dispose donc pas de véritable équipe administrative, seulement d'une permanence sous la forme du secrétaire général qui dispose d'un secrétariat assuré pour le moment par le CH de Rouffach. L'explication d'une organisation succincte se comprend au regard de la crainte de créer une coquille vide. Le postulat de départ est de préférer commencer à travailler de manière concrète, puis progressivement consolider la forme de la coopération une fois que les premières marques auront été prises. Le sujet des moyens mis à disposition dans le cadre de la CPT restant une interrogation au regard de potentiels crédits disponibles par les autorités de contrôle, la CPT procède à une mise en commun globale des moyens selon les projets mis en œuvre.

Mais ce qui se fait dans le Haut-Rhin n'est qu'une interprétation de ce que la souplesse législative donne comme opportunité aux acteurs d'un territoire. On recense depuis la loi de 2016 une trentaine de CPT en cours de formation en France, et elles n'apparaissent pas des plus homogènes. Certains ont ainsi fait le choix de transformer un GCS santé mentale en une CPT, d'autres de donner à leur CHT les caractéristiques d'une CPT... A Toulouse, la CPT a été négociée à l'époque de la construction du GHT dans lequel l'établissement psychiatrique souhaitait faire valoir son point de vue : négociation a donc été faite de créer une CPT comme organe du GHT organisant la psychiatrie. Autres modèles de CPT liés aux conditions d'organisation territoriale de la psychiatrie : dans le GHT du Puy-de-Dôme, en dehors du CHU, le seul opérateur territorial majeur en psychiatrie est un ESPIC. Les ESPIC n'étant pas membre de droit ou d'obligation de GHT, la solution trouvée a été de créer une CPT. Dans le Nord-Pas-de-Calais a été instauré un GHT spécialisé qui regroupe trois établissements mais n'intègre pas certains établissements gérant de la psychiatrie, à l'image du CHU, qui se retrouvent logiquement dans leur GHT généraliste respectif. Ces établissements ayant une activité psychiatrique et le GHT psychiatrique se superposant partiellement aux périmètres d'action de ces GHT voisins, la CPT a été la résolution du problème afin d'assurer une bonne prise en charge des usagers. Dans ce cas de figure, les structures sont même allées jusqu'à créer deux CPT : l'une pour la coopération sanitaire de la psychiatrie en GHT spécialisé, l'autre pour une organisation davantage centrée sur la santé mentale en général.

Les CPT sont « protéiformes », uniques, ce qui se produit dans un territoire n'est pas transposable sur un autre en fonction de son histoire. Surtout, une CPT n'est pas une fin en soi, mais l'aboutissement d'une pensée sur un territoire en matière de collaboration, la décision qui apparaît logique à un moment « t ». Chaque CPT est façonnée selon les intentions de chacun : vouloir préserver la psychiatrie du MCO, s'ouvrir à la santé mentale

de façon totale ou partielle, s'assurer d'une bonne articulation entre psychiatrie publique et privée...

Pour en revenir sur la CPT du Haut-Rhin, l'ouverture vers les acteurs de la santé mentale est recherchée et l'existence depuis quelques années de CLSM sur le territoire peut interroger sur la pertinence de la démarche actuelle.

## **2.2 L'articulation entre les conseils locaux en santé mentale et la CPT**

Dans le monde très normé que constitue le système français, lors de l'annonce d'un nouveau dispositif la première pensée venant à l'esprit est le risque de redondance : qu'en est-il pour le cas CPT (2.2.1) ? Pouvons-nous considérer que le CLSM puisse être le marchepied de la CPT (2.2.2) ? Si tel est le cas alors le positionnement des CLSM et notamment du chargé de mission devra être réévalué dans un avenir proche (2.2.3).

### **2.2.1 Une nouvelle couche du millefeuille pâtissier français ou le prolongement l'un de l'autre ?**

Comme le rappelle Jean-Luc ROELANDT<sup>36</sup> dans l'état des lieux national réalisé par le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille en 2015 : la psychiatrie publique est passée « *d'une logique hospitalière à une logique territoriale nécessitant la participation de tous* ». Les CLSM ont mis en évidence la nécessité d'une transversalité pour favoriser un parcours fluide aux usagers, s'opposant au parcours du combattant tant de fois observé et déploré sur le terrain. Le docteur ROELANDT souligne ainsi que les CLSM sont créés dans le but d'assurer en proximité la coordination, sont présidés par un élu local et conçus « *comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres* ». Cet outil de démocratie participative qualifié par le docteur ROELANDT de « *facilitateur de rétablissement* » a fait justement ses preuves sur le territoire haut-rhinois depuis sa mise en place en 2013. Aussi les acteurs peuvent s'interroger sur la pertinence de mettre en place une CPT alors qu'existe en parallèle des CLSM :

*L'objectif ne semble pas tout à fait le même. C'est un peu le mal français : on a l'habitude d'ajouter des dispositifs sans s'interroger avant, si le dispositif antérieur permettait d'atteindre l'objectif qu'aujourd'hui on se fixe<sup>37</sup>.*

En réalité, les deux dispositifs visent à réunir des acteurs de la santé mentale sur un territoire donné, mais l'échelle n'est pas identique, l'un territoire de proximité et d'action,

---

<sup>36</sup> Co-auteur du rapport PIEL-ROELANDT de 2001 et directeur du CCOMS de Lille. PIEL E., ROELANDT J-L., 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, 86 p.

<sup>37</sup> Extrait d'entretien du CD.

l'autre territoire de décision. En se coordonnant, la situation devient la suivante : d'une part les CLSM sont identifiés comme les lieux de remontées d'informations du terrain, tandis que la CPT est le cadre d'une politique globale commune. D'autre part, le CLSM devient le niveau intermédiaire de la CPT, organisant les réponses adaptées au niveau local autour des problématiques liées à la santé mentale, une fois celles-ci discutées à l'échelle de la CPT. D'où l'idée envisagée à terme, une fois que la CPT sera bien ancrée dans le département, d'installer une plateforme sanitaire et médico-sociale autour du développement en commun d'activités.

De plus, les CLSM ont été le moyen de faire progresser l'image de la psychiatrie en faisant prendre conscience aux élus de l'importance de la question du handicap psychique parmi leurs concitoyens, dans leur exercice de maire.

*Le CLSM, c'est dédramatiser la psychiatrie à l'échelle locale<sup>38</sup>.*

En sensibilisant les élus à cette question<sup>39</sup>, d'importants progrès ont été constatés qui explique aujourd'hui le plébiscite de la CPT comme nouvelle étape dans le processus de coopération territoriale.

Il est donc vrai que, de prime abord, certains pourraient visualiser la CPT comme une rengaine des CLSM à une échelle plus large, or la réalité est plus subtile. En aucun cas la CPT ne doit être vue comme une coopération remplaçant celle des CLSM, les deux sont complémentaires et dans le cas du département du Haut-Rhin le CLSM a été l'amorce de la CPT. D'autant plus que la loi de 2016, en reconnaissant les CLSM, les renforce dans leur rôle comme partie intégrante d'une CPT ou d'un PTSM. Le fait qu'il y ait présence de CLSM sur un territoire, avant les textes de 2016, est un levier important dans la détermination des axes de travail d'un PTSM et/ou d'une CPT. Comme le signale un membre de l'ARS Grand-Est :

*C'est une espèce de laboratoire qui ne demande qu'à se développer.*

Et ils se développeront d'autant plus vite si la réussite du projet CPT se concrétise.

La reconnaissance par la majorité des personnes interrogées de l'impact positif des CLSM dans le département est à même de permettre d'éviter certains écueils lors de la mise en marche de la CPT.

---

<sup>38</sup> Extrait d'entretien de la clinique privée.

<sup>39</sup> Grâce à l'AMHR et union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) notamment.

## 2.2.2 L'opportunité de s'appuyer sur l'expérience des CLSM pour envisager la marche à suivre pour la CPT

Les quelques années d'exercice des CLSM permettent aujourd'hui de faire un premier bilan de leurs points positifs et négatifs. La rencontre des acteurs se révèle une plus-value incroyable, une véritable « *bouffée d'oxygène* » pour certains, apportant enfin une dose de décroisement. Décroisement qui, au demeurant, ne s'applique qu'aux personnes qui d'une certaine manière ont été sensibilisées à la question de la santé mentale et acceptent d'intégrer un CLSM. Comme nous l'a rapporté un élu, aujourd'hui très investi dans ce domaine :

*J'avoue que la première réunion j'étais assez sceptique, très dubitatif parce que la santé mentale qu'est-ce que c'est ? C'était une grande interrogation pour moi... Très vite j'ai compris qu'en effet le maire avait quotidiennement des problèmes relatifs à ce qui concernait la santé mentale (désordres, troubles, plaintes de voisins, sans parler des suicides). Et là j'étais dans un domaine vierge où je ne connaissais rien et franchement j'ai été stupéfait que très vite les choses aient prises. J'avoue qu'au départ j'étais sceptique mais j'ai compris très vite l'intérêt d'un CLSM.*

Ce n'est qu'en apportant un motif d'intérêt aux acteurs qu'un dispositif de coopération, quel qu'il soit, peut parvenir à convaincre. Dans le cas des élus, l'un des points noirs de tout CLSM concerne les élections municipales où les cartes sont rebattues : tout repose alors sur la volonté du nouvel élu de reprendre le rôle de pilotage alors qu'il ne se sent pas concerné par la santé mentale, ou plus simplement, par la politique menée par son prédécesseur. Dans ce cas, soit les partenaires font valoir leur cause et le sensibilise aux apports du dispositif, retardant d'autant plus la poursuite des actions menées ; soit le CLSM est délaissé par le nouveau maire et s'ensuit le désintérêt progressif des partenaires. L'AMHR a certes un impact important sur le département puisqu'elle représente l'ensemble des 366 communes du Haut-Rhin, pour autant l'approche de chaque maire à la problématique santé mentale demeure personnelle. L'idée d'une « boîte à outil » permettant de comprendre le monde de la santé mentale dès leur arrivée permettrait de les initier doucement à ces concepts pour favoriser une ouverture d'esprit et l'adhésion à un système coopératif, une façon de se connecter peu à peu à ce domaine.

Le simple fait de changer un acteur clef (élu, représentant de justice...) peut être le signe d'un déclin du dispositif, ce qui a failli se produire dans les CLSM où une alternance politique a été observée. Le temps de persuader l'élu, d'autres acteurs se sont découragés et ont cessé de venir, démotivés par l'impression d'un éternel recommencement. A travers cette illustration on saisit la fragilité de l'outil et l'importance du sens que les acteurs donnent à leurs actions. Et en cas de perte de sens, rien ou presque ne parviendra à remettre d'aplomb l'élan coopératif. Quant à la fragilité du système, cela se rencontre tout spécialement dans les lieux ruraux où les moyens financiers et humains sont faibles et où la coopération en santé reste encore hésitante, ce qui justifie d'autant plus la présence

d'une chargée de mission CLSM instaurant une dynamique et facilitant la concertation. C'est en quoi la place de cette coordinatrice au sein de la CPT devra être pleinement réfléchie car la question de la démotivation est cruciale dans ce genre d'organisation.

De même la réunion de partenaires d'horizons différents peut être à l'origine de prises de conscience<sup>40</sup>, notamment quant au langage que chacun utilise. Un même terme peut avoir une signification différente pour des professionnels du sanitaire, du médico-social et du social, amenant à de nombreuses incompréhensions, et donc de blocages, si cet écart de terminologie n'est pas compris dès le départ. Une formation croisée des uns et des autres doit donc être favorisée. Autre constat, l'emploi trop systématique d'un jargon d'expert, inaccessible pour les usagers et leurs familles : le risque sous-jacent devient alors leur fausse participation, sous couvert de leur présence en réunion. Le rassemblement multipartenaire est donc un exercice complexe, les uns ayant des logiques de fonctionnement différents des autres, une temporalité différente et même parfois une connaissance du dispositif différente. En ce qui concerne la temporalité, la plupart des réunions se font par consensus en fin de journée vers 17h pour une durée de deux ou trois heures, or pour les professionnels libéraux il s'agit d'horaires impraticables en raison de l'exercice de leur métier. Comme nous le verrons ultérieurement, ces acteurs pourtant centraux dans la prise en charge d'un usager ne sont que trop rarement représentés dans ces instances CLSM, ce qui amoindrit d'autant l'efficacité du dispositif.

Pour autant, malgré les complications citées, des actions concrètes ont été menées au sein des CLSM, notamment dans le cadre de cellules de cas complexes afin d'essayer de mettre autour de la table les acteurs concernés par ces situations, et qui autrement auraient pu avoir la tentation de se défausser. Mais ces cellules de gestion de crise ne sont pas toujours source de solutions, les acteurs locaux se renvoyant alors « *la patate chaude* », ce en quoi la CPT peut être un nouveau pas vers la résolution de ces problématiques. En ayant un impact décisionnel et territorial plus marqué que les CLSM auprès non plus des acteurs de terrain mais des acteurs institutionnels, la CPT pourrait être plus à même de parvenir à des solutions viables.

Il faut donc avoir à l'esprit les difficultés actuelles des CLSM qui se transposeront certainement, partiellement ou totalement, au sein des groupes de travail de la CPT. En avoir connaissance et y avoir été confronté par le passé est déjà un premier pas pour permettre d'avancer plus sereinement. Toutefois, alors que la CPT n'en est encore qu'à ses débuts un point semble particulièrement important à développer : celui de son pilotage combiné à celui des CLSM.

---

<sup>40</sup> Comme énoncé plus tôt avec les *toctologues* et donc des pratiques.

### **2.2.3 La question du pilotage de la CPT en lien avec les conseils locaux en santé mentale**

L'existence d'un poste de coordinateur départemental des CLSM est un élément majeur dans la réussite de l'instauration des CLSM, il y a fort à penser que sans cette personne dédiée les CLSM n'auraient pas eu le même essor. Mais la masse de travail engendrée par le suivi des sept CLSM du Haut-Rhin apparaît écrasante, pour preuve : ces trois dernières années, trois chargées de mission se sont succédé. Les raisons de cette érosion : fatigue, difficulté à se projeter dans la durée, découragement, exigence d'une grande disponibilité complexifiant la conciliation avec une vie de famille... Le profil des chargés de mission CLSM est d'ailleurs assez hétérogène : l'une des anciennes chargées de mission du département était une psychologue du travail exerçant au CH de Rouffach et l'actuelle travaillait au montage des CSM à Mulhouse, avec des connaissances dans le social plus que dans la psychiatrie, avant de postuler. A titre de comparaison, dans le Bas-Rhin, l'actuel chargé de mission est un directeur d'établissement sanitaire, médico-social et social. En réalité, le profil recherché ne vise pas un diplôme ou une compétence mais une appétence pour la santé mentale. La personne y est alors positionnée à temps plein afin d'assurer une permanence stable que les élus, destinés à ne rester qu'un temps dans le dispositif du fait du jeu électoral, ne peuvent assurer. Mais la rotation des personnes à ce poste étant celle constatée, nous pouvons nous interroger sur la capacité à en assurer le suivi sur le long terme sans atteindre un épuisement professionnel ou une démotivation face à la charge de travail. Et c'est une question qui se pose aussi à l'échelle de la CPT : à l'heure actuelle un tel poste manque à son organigramme, or la CPT reposant sur l'expérience des CLSM, l'existence de ce poste doit faire l'objet d'une réflexion minutieuse.

L'hypothèse retenue au moment où nous rédigeons ce travail d'écriture serait la mutualisation du poste de chargé de mission CLSM : une quotité de son travail aujourd'hui 100% consacré aux CLSM serait affectée à la CPT. Mais cette hypothèse paraît peu réalisable au regard des problématiques du métier de coordinateur CLSM que nous venons d'évoquer. Malgré l'évidence et la nécessité de faire le lien entre CLSM et CPT, attribuer à une personne dont la charge de travail se révèle d'ores et déjà imposante une autre mission d'envergure qui, à terme, demandera un plein temps, le résultat semble déjà connu. L'autre hypothèse possible serait de mettre en place un coordinateur de la CPT faisant le lien avec la chargée de mission CLSM. Mais quelle que soit l'hypothèse finalement appliquée, le point d'interrogation portera essentiellement sur l'origine de son financement.

Côté financement le constat est similaire : chaque ARS des anté-régions ayant eu leur propre politique sur le sujet, les crédits qui en ont découlés sont hétérogènes. L'ARS Grand-Est comptant progressivement harmoniser les crédits accordés, cela pourrait remettre en cause le financement donné par l'ARS Alsace. En effet, dans les autres régions, les chargés

de mission CLSM ont été principalement financés par la politique de la ville, et à titre subsidiaire par l'ARS. Or jusqu'à présent l'ARS Alsace a fait le choix de financer en totalité le poste, ce qui souligne son investissement dans le développement des CLSM. Cet investissement pourrait se voir réduit dans le cadre de l'harmonisation Grand-Est, ce qui fait craindre un ébranlement *a minima* des plus petits CLSM, le développement et le fonctionnement de cette coopération dépendant de la présence de ce chargé de mission permanent, rien ne témoigne que les villes acceptent de financer ce poste. Or des interrogations sur le maintien des CLSM ont, en raison de l'interdépendance des deux modes de coopérations, des répercussions sur la CPT. Et même si l'ARS admet le CLSM comme partie intégrante de la CPT, pour autant le contexte qui pèse sur les structures et les autorités de contrôle en matière financière ne permet pas d'envisager l'octroi d'un nouveau financement en lien avec la CPT. Dans l'hypothèse où l'harmonisation régionale s'aligne sur la situation alsacienne alors il y aura conservation du poste de chargé de mission CLSM. Mais cela signifie qu'aucun crédit ne sera libéré pour la CPT, ce qui rejeterait la responsabilité financière du poste de coordonnateur CPT à ses membres. A l'inverse, si l'harmonisation conduit à la fin du financement des CLSM alors peut-être peut-il être considéré l'éventualité d'une obtention de crédits dans le cadre d'une CPT, un espoir reste permis...

*C'est un sujet qui revient souvent car il n'est pas harmonisé sur le Grand-Est, ce qui vient de l'époque des trois régions (Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace). Cela restera une question, on attend de voir si les acteurs confirment leur volonté de CPT à l'échelle Grand-Est. On va être réalistes, à un moment donné les financements ne sont pas extensifs, mais je comprends les inquiétudes des acteurs. Je suis d'accord que le fait d'avoir un coordonnateur au niveau des CLSM, c'est un levier pour pérenniser le dispositif<sup>41</sup>.*

A la lumière du raisonnement étayé nous pouvons affirmer le lien tangible entre CLSM et CPT. Les deux sont imbriqués et cela se comprend également en raison du périmètre d'action de chacun : le département est leur terrain de jeu. Interrogeons-nous sur la pertinence de ce choix à l'échelle de la CPT.

### **2.3 La délicate définition d'une territorialité pour un maillage approprié**

La question de la territorialité reste centrale : comment la déterminer de la façon la plus judicieuse possible dans le Haut-Rhin ou ailleurs (2.3.1) ? Et comment la concilier avec le PTSM (2.3.2) ?

---

<sup>41</sup> Extrait d'entretien de l'ARS Grand-Est.

### 2.3.1 L'ajustement opéré quant au choix du périmètre d'action de la CPT

Le bassin de vie, le département, l'anté-région, le périmètre d'un ou de plusieurs GHT : la bonne territorialité à adopter n'est pas toujours facile à délimiter. A l'origine, un courrier du DGARS Grand-Est en date du 1<sup>er</sup> septembre 2016 engageait la discussion des CPT, après que la composition des GHT ait été confirmée. L'on prend conscience que l'idée première était la mise en place de CPT régionales, afin de répondre à la notion de territoire suffisant.

*Discutons sérieusement de cette proposition, notre appréciation est qu'il faut des CPT de taille significative, ce qui garantira la richesse des échanges<sup>42</sup>.*

Par cette phrase le DGARS soulignait l'importance du débat qui devait avoir lieu entre les établissements gérant des secteurs de psychiatrie afin de se coordonner. L'analyse était davantage centrée sur la coordination entre opérateurs de la psychiatrie publique, que ceux de la santé mentale. Il fallait d'abord que les établissements s'organisent entre eux avant d'imaginer une ouverture, et pour cela il fallait accepter de passer outre les réticences réciproques à travailler côte à côte.

*On ne doit pas rester entre soi ! Il faut abattre des cloisons, si c'est formaliser une CPT entre des personnes qui ont déjà l'habitude de travailler ensemble et qui le font plutôt bien, la plus-value est peu significative. L'idée est de dépasser certaines rivalités, qui peuvent être départementales, à l'échelle des établissements, des secteurs... Elles peuvent être de diverses natures, intellectuelles, conceptuelles sur les écoles en psychiatrie<sup>43</sup>.*

Or les retours des établissements ont fait prendre conscience à l'ARS de l'intérêt limité d'une CPT régionale : d'une part, avec des territoires trop étendus il y aurait eu nécessité de créer des sous-CPT, ce qui aurait rendu le système non fonctionnel et peu lisible. D'autre part, la volonté farouche d'indépendance des établissements spécialisés en psychiatrie s'est exprimée, l'ombre du CHU planant de façon trop pesante au goût de certains.

*On n'a pas besoin d'être en phase avec les trois régions proposées par d'Harcourt (DGARS de l'époque)... Ce n'est qu'une CPT, c'est devenue une espèce d'organe de régulation de l'impact de l'université sur les établissements périphériques, on ne souhaitait pas cela parce que nous ne sommes pas inféodés à Strasbourg... On est engagé, je n'ai pas besoin d'être lié à Strasbourg ou Nancy, cela ne m'apporte rien, je travaille avec les gens avec qui on a un challenge<sup>44</sup>.*

Très vite il est apparu que la région ne fédérerait pas les acteurs psychiatriques, ce qui peut être regretté d'un point de vue analyse des pratiques dans chaque département alsacien, et des améliorations pouvant en découler.

---

<sup>42</sup> Propos tenus par Claude d'Harcourt, DGARS Grand-Est de l'époque.

<sup>43</sup> Extrait d'entretien de l'ARS Grand-Est.

<sup>44</sup> Extrait d'entretien du président de la CME de Rouffach.



C'est donc à la suite de séances de travail de la fédération hospitalière de France (FHF) Grand-Est que le choix du département a été arrêté par les établissements puis soumis à l'ARS, qui l'a validé. Les raisons de cette délimitation sont plurielles, la principale étant que le département apparaît comme une bonne alternative à la proposition de l'ARS. Le département permet une certaine transversalité tout en restant une entité forte et cohérente puisqu'il constitue le territoire de la sectorisation. Les compétences exercées dans le médico-social par le CD et l'action du préfet dans le champ des soins sans consentement en légitime le choix. De même, la situation haut-rhinoise fait que géographiquement le territoire est dense en population sans être trop vaste, cette taille permet d'ouvrir les perspectives et peut être assimilée à un bon niveau opérationnel.

Certains membres de la CPT du Haut-Rhin auraient aimé voir émerger un autre périmètre, davantage en lien avec les délimitations des GHT11 et 12. Cela se serait traduit par les contours du département avec ajout d'une portion de territoire du Bas-Rhin, mais cela revenait à inclure à marche forcée certains établissements ne le souhaitant pas. Nonobstant ce refus, rien n'est jamais définitif, il est possible de croire qu'avec le temps, et si le dispositif apporte la preuve de sa valeur, que ces mêmes établissements veuillent par la suite intégrer la CPT68. Cela aurait pour conséquence de modifier le territoire qui équivaldrait alors à la réunion des deux GHT précités. De ce fait la situation du GHT11, actuellement tronqué d'une portion de son territoire au sein de la CPT, verrait l'adhésion de l'ensemble de ces membres à la CPT, facilitant la démarche de cohérence entre cette dernière et le volet santé mentale de son PMP.

Si dans le cas du Grand-Est, il a été décidé que la CPT aurait une envergure départementale, cela ne se retrouve pas partout, là encore le contexte prévaut. Chaque CPT est unique, tout comme son périmètre d'action. Et du périmètre d'action va découler la participation au diagnostic partagé puis au PTSM.

### **2.3.2 Le rôle à jouer de la CPT dans l'élaboration du projet territorial en santé mentale**

Les travaux de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) sur cette thématique<sup>45</sup> mettent en avant deux catégories de territoires, à savoir les bassins de vie<sup>46</sup> et le département. Le décret parle de la participation des CPT existantes sur le territoire arrêté par les acteurs en santé mentale, laissant la liberté à ces opérateurs de faire de la CPT l'organisme centralisateur facilitant, voire

---

<sup>45</sup> AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX (ANAP), *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale* 2016, disponible sur Internet :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

<sup>46</sup> Socle de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.

orchestrant, ce diagnostic et l'élaboration du PTSM. En effet, le projet doit contenir un périmètre d'acteurs réputés cohérent avec la santé mentale, mais ce qui complique la situation est que sur le terrain cohabitent plusieurs lectures de territorialités par les acteurs eux-mêmes :

*Tous les acteurs n'ont pas la même territorialité, même si elles ne sont pas toujours aussi différentes qu'ils veulent bien le penser. Il faut sortir de la chimère comme quoi il existe un territoire unique de référence : cela ne fonctionne pas. On voit bien qu'il faut sortir de la logique de stocks, là où tout se ferait au même endroit, il faut regarder les flux qui changent et ce qui est important, ce qui transforme l'offre de soin ou l'oblige à évoluer : ce sont les phénomènes de mobilité<sup>47</sup>.*

Ce sera toute la difficulté de l'exercice : parvenir à trouver une territorialité qui dans les faits se révèle mouvante, à l'image des populations dont la mobilité devient élastique puisqu'il devient irréaliste de définir un territoire où les individus travaillent, se soignent et vivent tout à la fois... Les changements des habitudes épidémiologiques provoquent l'évolution de l'offre de soin, celle-ci ayant logiquement la charge de se déplacer pour venir jusqu'aux populations. Cela redessine les échelles territoriales jusqu'à présent identifiées, et notamment celle du département.

Le point de départ du projet territorial doit être identifié, ce qui s'avère complexe :

*Il faut bien commencer par un bout, de la poule ou de l'œuf : définit-on d'abord le territoire et à partir de là on met les acteurs sur le territoire, ou est-ce qu'on définit des acteurs mais référents de quel territoire<sup>48</sup> ?*

Avant toute chose, nous pouvons présumer qu'un territoire est qualifié de pertinent en terme de référence diagnostique, émettons l'idée du département.

Première situation possible, une fois l'étape du diagnostic partagé réalisée, les acteurs y répondent par un ou plusieurs grands PTSM, adaptés à chaque échelle d'intervention de ces offreurs de soin et de service. Au préalable, il sera défini des processus de régulation, de mode opératoire et de coordination entre chaque acteur, processus qui puissent s'appliquer à différentes échelles, y compris celles de proximité. Les acteurs ayant leur propre découpage d'action, une coordination entre les gros opérateurs intervenant sur une large partie du territoire arrêté et les opérateurs locaux s'impose. Ceci d'autant plus que certains acteurs de proximité ne seront pas inclus dans la démarche diagnostique, par exemple des acteurs étant amenés à interagir dans le champ de la santé mentale tout en ayant des missions plus diversifiées, à l'image des centres communaux d'action sociale. Et c'est là où la CPT du Haut-Rhin peut avoir un rôle premier : en étant la concentration d'une majorité d'acteurs principaux du département elle peut commencer à entamer une réflexion

---

<sup>47</sup> Extrait d'entretien de l'ADESM.

<sup>48</sup> Extrait d'entretien de l'ADESM.

constructive sur les modalités de fonctionnement entre partenaires et apporter son concours à la délimitation la plus pertinente du ou des PTSM envisagé(s).

*A contrario* le diagnostic peut être réalisé à l'échelle départementale et les projets en découlant partiraient non pas des acteurs mais d'une territorialité plus fine. Pour reprendre les travaux de l'ANAP, intéressons-nous à la proximité immédiate que sont les bassins de vie d'environ 80 à 100 000 habitants. Pour un établissement psychiatrique dont les zones d'intervention de chaque pôle regroupent plusieurs bassins de vie cela signifierait prendre part à autant de PTSM qu'il y a de bassins de vie identifiés. Avec là encore la nécessité de s'entendre sur les modes opératoires de chacun pour en assurer une bonne coopération territoriale entre partenaires.

Comme le synthétise le président de l'ADESM, ceci est loin d'être une science exacte :

*Les territoires s'emboîtent et les acteurs ne sont pas tous les mêmes, tout au moins pas systématiquement à ces différentes échelles. Il faut admettre la complexité, il faut admettre qu'elle ne se résume pas et ne puisse pas se simplifier à l'extrême. Il faudra se situer à différentes échelles qui ne qualifient pas tout à fait les mêmes acteurs, tout au moins en nombre.*

Pour en revenir à ce qui est envisagé dans le Haut-Rhin, le territoire du diagnostic partagé sera probablement le département, perçu comme un territoire adéquat du point de vue de la taille et de la panoplie d'acteurs présents à cette échelle. Il s'agit donc du périmètre sur lequel se fonde la CPT du Haut-Rhin, et l'un de ses groupes de travail est déjà identifié comme celui devant faire l'étude des axes possibles du PTSM, engageant *de facto* la CPT dans le processus. La forme que prendra le diagnostic reste encore à imaginer, mais les acteurs haut-rhinois ayant pris l'habitude de travailler ensemble par le biais des CLSM, le diagnostic devrait se fonder sur des éléments connus et demeurer en cohérence avec les PMP des GHT, du futur PRS, ainsi que d'autres projets en cours sur le territoire, comme le demande le décret<sup>49</sup>. Une idée qui germe serait de réaliser une étude épidémiologique en santé mentale en population générale qui irait plus loin que la simple photographie prise à partir des rapports d'activités de chacune des structures agissant dans le champ de la santé mentale. Lorsque ce diagnostic sera achevé, les conseils territoriaux de santé (CTS)<sup>50</sup> rendront un avis réglementaire, conformément à ce qu'impose la loi. Suite à cet avis, l'ARS donnera validation du diagnostic permettant l'élaboration du PTSM. Le territoire du PTSM restera à arrêter et faire valider par l'ARS mais nous pouvons d'ores et déjà penser, au regard de ce qui a pu nous être rapporté en entretien, que la somme des territoires

---

<sup>49</sup> En tenant compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plateformes territoriales d'appui existants sur le territoire.

<sup>50</sup> Les CTS sont les organes remplaçant les conférences de territoire en santé qui alimentaient les débats d'élaboration et de révision des PRS notamment. Leur périmètre d'action, que l'on nomme aujourd'hui territoire de démocratie sanitaire et qui correspond à la fusion des territoires des GHT11 et GHT12, a été défini par l'ARS : on en dénombre cinq dans la grande région.

d'intervention des quatre établissements initiateurs de la CPT pourrait être perçue comme un territoire privilégié.

Définir une territorialité adéquate est donc primordiale du fait des incidences tant en matière d'organisation que d'actions entre acteurs. Et parvenir à faire adhérer à un projet de coopération l'ensemble des entités directement concernées l'est tout autant.

## **2.4 Un éventail diversifié de partenaires résultat d'une politique de communication, en dépit d'une absence remarquée**

La meilleure représentation des institutions, professionnels et usagers du système de santé est recherchée pour un rendu efficace (2.4.1), ce qui passe par des efforts de communication (2.4.3). Nonobstant cette démarche d'ouverture, il demeure extrêmement complexe de parvenir à faire venir des professionnels libéraux dans ce type de dispositif (2.4.2).

### **2.4.1 Une CPT qui se veut le reflet fidèle et sincère des acteurs présents sur le territoire en matière de santé mentale, et notamment des usagers**

Nous l'avons vu, un large panel de partenaires a été recensé dans la CPT du Haut-Rhin et chacun a son mot à dire. Les professionnels publics, privés, les associations, le médico-social, les élus, les usagers et familles... L'ensemble des membres de la CPT se retrouvent sur un même pied d'égalité, membres « fondateurs » et « associés » n'étant que des distinctions de la loi pour désigner les établissements psychiatriques en mesure d'impulser la dynamique coopérative de départ. Au-delà, chaque membre équivaut à l'autre, petit ou grand, telle est la logique retenue. La difficulté qui en découle : éviter un simple échange entre professionnels, mettant sur le bas-côté les usagers et leurs familles.

*Personnellement, l'intérêt de la CPT c'est que des adhérents des différents GEM participent aux différents groupes de travail et apportent la parole des usagers, ou portent la parole des usagers, car ils sont au cœur du dispositif et des questions des groupes de travail. C'est pour eux qu'on fait ça, donc ce serait bien d'avoir les avis, les ressentis, comment ils voient ça, comment ils vivent ça... Et ne pas avoir seulement le côté professionnel. La réalité des usagers, des soignants n'est pas la même. J'ai la crainte que ce ne soit qu'un échange entre pratiques professionnelles. Cela ne veut pas dire que les professionnels font mal leur travail mais ça permettrait une sorte de remise en question dans la pratique, ça peut révéler des choses auxquelles ils n'avaient pas pensé<sup>51</sup>.*

C'est pourquoi le premier acte de la CPT s'est traduit par sa signature officielle dans les locaux d'un des GEM membre, apportant la preuve d'une volonté de déstigmatiser et de

---

<sup>51</sup> Extrait d'entretien d'un GEM.

reconnaissance en faveur des personnes anciennement patients et aujourd'hui investis dans le champ de la santé mentale.

Le défi sera de s'assurer que les faits donnent raison à la théorie avancée. Et notamment dans les groupes de travail : chacun est libre de postuler au titre d'animateur de groupe, animateur qui intègre alors le bureau faisant le lien avec le secrétaire général de la CPT. Chaque groupe de travail désigne un binôme de personnes issu de structures différentes pour favoriser une pluridisciplinarité. Il ne faudrait pas que les structures qui se considèrent comme « simples associées » ne se privent de l'opportunité de prendre de l'épaisseur au sein de la CPT par « habitude » de voir le sanitaire prendre les rênes.

*On a eu notre place, à la réunion d'assemblée générale au même titre que les autres, on a pu accéder à tous les groupes de travail qu'ils ont proposés. Il n'y en a pas un qui nous a été refusé donc cela a été très, très bien mis en place. Tout le monde à sa place, celui qui l'a veut n'a qu'à la prendre.<sup>52</sup>*

*A nous de nous battre pour que ça ne soit pas le cas d'un hospitalocentrisme. Mais c'est la loi qui l'impose aussi... Les structures juridiques sont fortes aussi, car les hôpitaux ont une assise juridique importante. Le médico-social est affilié et s'il a le sentiment qu'il ne fait que de la figuration dans ces instances-là, au bout de deux ans il n'y sera plus et une CPT où les hôpitaux parlent entre eux, ça n'a pas grand intérêt et serait contraire à la logique de décloisonnement. Les hôpitaux doivent faire l'effort de s'ouvrir et de laisser une place au médico-social même s'ils managent le tout, car ils sont membres et nous qu'affiliés. Mais ils veulent de plus en plus tout de même. C'est un dispositif du sanitaire (purement) où le médico-social peut être associé, ce qui est fait dans le 68. Le bureau: c'est le sanitaire. Si les animateurs ne sont issus du sanitaire, c'est la faute du médico-social de ne pas s'être positionné pour le devenir...<sup>53</sup>*

Charge donc à chacun de trouver le rôle qui lui convient dans l'organisation, en toute liberté, sans se cantonner à celui de membre affilié selon une argumentation de mésestime, qui contreviendrait à la philosophie développée au sein de la CPT. Travail d'affirmation de soi qui pourrait être favorisé par l'attitude allant en ce sens des structures sanitaires fondatrices.

La CPT vise à réunir le plus grand nombre d'acteurs en santé mentale sur un territoire donné, or l'un des plus importants du fait de son rôle de porte d'entrée s'en trouve étrangement absent, quand bien même son implication est activement recherchée : nous parlons du professionnel libéral.

#### **2.4.2 Le monde libéral, le grand absent**

Il s'agit là du point noir de toute coopération en santé mentale sur un territoire : les CLSM, les MAIA ont déjà été confrontés à ce problème et la CPT ne fait pas exception. Plusieurs facteurs expliquent cette absence, et en premier lieu la notion de temps étant donné que le

---

<sup>52</sup> Extrait d'entretien de l'association Schizo-Espoir.

<sup>53</sup> Extrait d'entretien de l'association Santé mentale Alsace.

temps consacré à une réunion CPT/CLSM signifie une perte « sèche » de rémunération pour les libéraux. Il faut donc les mobiliser à bon escient car, davantage encore que tout autre acteur, s'ils font la démarche de se déplacer et estiment perdre inutilement leur temps, ils s'évaporeront du dispositif et seront réfractaires à une demande de mobilisation ultérieure.

Un autre frein est leur vision de la santé mentale et donc leur appétence pour cette dernière. Très peu de professionnels semblent véritablement s'intéresser à la question de la psychiatrie/santé mentale, alors même qu'il s'agit de patients dont la maladie mentale et le traitement font généralement apparaître des effets secondaires de l'ordre du somatique. Les rares personnes que les CLSM soient parvenus à « attirer dans leurs filets » sont des personnes déjà sensibilisées à la question en raison de leur parcours individuel et souvent investis dans cette cause par le biais d'associations. Le problème étant que tout le travail réalisé avec ces quelques libéraux reste anecdotique, ne peut généralement pas être étendu aux autres libéraux et doit être revu lorsque ceux investis sortent du cercle collaboratif. Atteindre ces professionnels (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers, pharmaciens...) relève de l'exploit à l'échelle de tout un territoire, une chargée de mission CLSM a pu le constater par elle-même. Lors d'élections au sein de l'union régionale des professionnels de santé (URPS)<sup>54</sup> cette chargée de mission a souhaité faire une présentation des CLSM à l'assemblée qui devait se réunir : si la démonstration a eu lieu, elle l'a été devant une vingtaine de personnes contre les 600 annoncées. Au sein même de fédérations dédiées, la communication de sensibilisation reste ardue. Seuls les délégués élus au sein de l'URPS sont généralement en mesure de venir à des réunions CLSM/CPT, leur rétribution par l'union étant assurée. Or, même là, il est indispensable que la personne ait des affinités pour le sujet de la santé mentale pour accepter de se déplacer. Nous pourrions penser que l'existence de l'URPS aurait été à même d'arranger les relations de travail mais en réalité le résultat est trop souvent insatisfaisant. Sans compter que des obstacles techniques peuvent s'ajouter aux difficultés relationnelles. En l'occurrence le système de messagerie codée utilisé par les libéraux (Apycript) est différent de celui préconisé par le ministère<sup>55</sup> et utilisé par le secteur hospitalier public alsacien, accroissant l'écart de compréhension entre ces deux mondes professionnels.

Pour illustrer nos propos relatifs à la difficulté de communication, relatons l'expérience vécue par le président de la CME de Rouffach. Celui-ci avait souhaité réunir un grand nombre de médecins généralistes libéraux de la région d'une localité de son secteur afin de leur présenter le projet d'une étude dans le cadre d'une recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) relative à la prise en charge somatique des personnes atteintes de

---

<sup>54</sup> Union regroupant professionnels libéraux médicaux et paramédicaux.

<sup>55</sup> Agence française de la santé numérique – ASIP Santé.

troubles psychiques. Sur la quarantaine de professionnels sollicités moins de la moitié a répondu, et unanimement de façon négative. Si le vieillissement de la population et le déficit en médecins peuvent partiellement justifier le refus de participer à cette étude par défaut de temps, pour autant cela peut aussi souligner une certaine appréhension par les professionnels à recevoir un patient psychiatrique. Et cette situation n'est pas isolée puisque la clinique privée membre de la CPT l'a également vécue :

*Pour les généralistes, j'ai été très étonné en discutant avec le docteur Oberlin (président de la CME de Rouffach), c'est vrai qu'il y a une peur de la maladie mentale, une peur à tel point que certains médecins généralistes sont quasiment dans le refus de soigner un schizophrène par peur de réaction agressive ou violente de la maladie. Mais je pense que c'est une méconnaissance de la maladie. J'ai voulu faire une réunion parce qu'on avait une difficulté au niveau suivi somatique, on a invité tous les médecins généralistes du territoire, j'ai eu un médecin qui est venu, quelques-uns avaient répondu disant qu'ils n'avaient pas le temps : on en a conclu qu'il fallait se débrouiller tout seul. (...) Les pathologies psychiatriques représentent pourtant 30% des consultations en médecine générale ! Le problème c'est que la psychiatrie c'est un enseignement parmi tant d'autres et un médecin généraliste qui n'a jamais fait de psychiatrie de sa vie c'est un gros manque parce que beaucoup de maladies physiques sont secondaires à des troubles mentaux, sont des reflets des troubles mentaux.*<sup>56</sup>

Cette méconnaissance de la pathologie psychiatrique tout comme des conditions de travail des médecins libéraux laisse des marques, et notamment dans les relations entre psychiatres et généralistes. Le dialogue s'avère souvent peu fructueux et un certain langage de sourds s'instaure, démontrant une nécessité d'interconnaissance mutuelle.

*J'ai réalisé un sondage auprès des médecins généralistes, leur vision de la psychiatrie et je suis toujours un peu surpris : quand je fais un courrier à des collègues généralistes : « On ne comprend rien à ce que tu nous écris, la psychiatrie ce n'est pas notre domaine, donc on lit la conclusion. Et puis de toutes façons ce sont des malades mentaux, ils resteront malades, on a l'impression qu'il n'y a rien à faire, ils n'iront jamais mieux. Je ne lis pas le détail, je lis le traitement et puis après c'est vous qui gérez ça... » « Mais ça c'est une erreur, parce que c'est aussi vous les médecins traitants qui connaissent le milieu familial, tous les antécédents... »<sup>57</sup>*

Au vu de ce que nous venons d'énoncer, comment parvenir à motiver les libéraux à intégrer la CPT ? Une charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur en date du 26 mars 2014<sup>58</sup> pourrait être un début de solution. La conférence nationale des présidents de CME de CHS d'une part et le collège de la médecine générale d'autre part semblent vouloir opérer un rapprochement et mettre fin à cette situation sans issue. Une première expérience a été réalisée dans la région de Dijon avec la participation du CCOMS et elle semble donner quelques fruits avec la création d'outils communs, il reste à voir si une transposition serait possible sur le territoire du Haut-Rhin.

---

<sup>56</sup> Extrait d'entretien de la clinique privée.

<sup>57</sup> Extrait d'entretien de la clinique privée.

<sup>58</sup> Annexe 9.

Des efforts appuyés seront primordiaux pour réussir à intéresser cette catégorie de professionnels et faire perdurer cet intérêt à participer à la CPT. Et pour eux comme pour les autres acteurs en santé mentale, la communication devra être continue et percutante.

### **2.4.3 La communication, fil conducteur essentiel entre les membres de la CPT**

A défaut, pour le moment, de pouvoir atteindre les libéraux, concentrons-nous sur les structures ayant répondu présentes : dès le départ le CH de Rouffach a fait savoir à ces partenaires habituels qu'il souhaitait créer une CPT, et de fil en aiguille le nombre des personnes intéressées s'est accru. Pour faire démarrer une bonne dynamique une plateforme d'échanges informatique entre les membres avait été lancée afin que des documents partagés soient déposés par le secrétariat de la CPT. L'idée était d'avoir un endroit dédié où centraliser toutes les informations concernant le déroulé de la CPT (convention constitutive, règlement intérieur, Powerpoint de présentation, répartition de chacun dans les groupes de travail...). La plateforme visait ainsi à s'assurer que tout à chacun sache où récupérer les documents transmis, dans l'optique d'éviter l'écueil des boîtes mails professionnelles saturées : l'accessibilité et la transparence de l'information étaient recherchées. A terme, il était même souhaité l'ajout d'un forum où les membres de chaque groupe de travail puissent discuter afin de faciliter le travail de collaboration. Mais cette première tentative de communication entre acteurs n'a pas remporté un franc succès, le peu d'engouement pour ce procédé nous ayant été rapporté au cours d'un entretien. Si l'aspect pratique de la plateforme a pu attirer dans un premier temps, le système a souffert de quelques dysfonctionnements informatiques qui ont pu refroidir l'intérêt porté pour la plateforme, sans oublier la question de l'appropriation de l'outil informatique qui a pu ajouter quelques freins supplémentaires. Face à ces difficultés l'innovation vers une plateforme plus développée a été interrompue et l'actuelle plateforme persiste, en dépit d'un nombre de visites peu important. Pour pallier cette difficulté, le secrétariat de la CPT a dû avoir recours, malgré les inconvénients que cela soulèvent, aux mails professionnels.

Ce premier échec n'a toutefois pas empêché l'apparition d'un autre type de communication avec les « *flash infos* »<sup>59</sup>. Ces petits bulletins d'une page recto-verso périodiquement rédigés par le secrétaire général de la CPT permettent de créer un lien et ainsi ne pas faire s'essouffler le dispositif :

*La marche à franchir est encore très élevée mais il faut tout faire pour que le souffle ne retombe pas donc faire de la communication, cela rappelle l'existant. Il ne faut pas que le soufflé soit retombé et il faut que tout le monde ait eu le temps de comprendre ce que c'est, sinon ce serait dommage, donc on essaye de maintenir le soufflé<sup>60</sup>.*

---

<sup>59</sup> Annexes 10 et 11.

<sup>60</sup> Extrait d'entretien du président de CME de Rouffach.



Ces bulletins d'informations ont été mieux accueillis que la plateforme, leur format et leur périodicité d'un ou deux mois jugés adaptés pour ne pas perdre les membres dans un trop grand flot d'informations, tout en faisant preuve de réactivité.

La communication interne en marche, celle à destination du grand public s'est faite en parallèle. A l'image de la signature de la CPT en présence du DGARS, où la presse a été conviée, ou encore la participation à une journée d'étude du 4 mai 2017<sup>61</sup> qui a fait l'objet d'un compte-rendu de la part de médias spécialisés dans la santé<sup>62</sup>.

Une suggestion, qui aura vocation à se mettre en place lorsque les groupes de travail seront bien installés, consiste en la rédaction et la communication de « lettres de la CPT partagées » de quelques pages étayant de façon précise une thématique particulière en matière de rupture de parcours. Par exemple décrire la prise en charge actuelle des enfants et adolescents sur le territoire et pointer du doigt les insuffisances auxquelles chaque membre concerné par le sujet doit faire face. Par ce document de référence, il y aurait une meilleure connaissance des contraintes qui s'exercent et une identification précise de ce sur quoi chacun doit travailler. C'est de cette manière que l'outil CPT prendra corps et évitera le piège de la coquille vide.

Pour que l'avenir de la CPT s'avère prometteur les enjeux de sa mise en place doivent pouvoir être maîtrisés, et en cela un bon pilotage doit être garanti. La gestion de projet ou l'accompagnement au changement sont autant de missions qui nous incomberont lorsque nous serons en établissement sanitaire, médico-social ou social. Dans le monde de plus en plus ouvert de la psychiatrie, une trajectoire sans accroc pour les patients est un sujet connu et ardemment souhaité. Pour coordonner l'ensemble de ses partenaires, le directeur doit savoir endosser le costume d'un subtil chef d'orchestre, ayant à cœur de mener à bien sa partition sans fausse note.

### **3 Un directeur battant la mesure dans l'espoir de voir le projet prendre son envol**

Tout projet nécessite d'identifier un meneur qui saura à la fois orienter les parties intéressées au projet (3.1) et assurer une bonne articulation avec les dispositifs existants sur son territoire (3.2). Afin d'échapper au risque d'un débat aux règles truquées, ce chef de projet doit garantir la participation de tous (3.3). Pour autant, personne ne peut jamais disposer de toutes les cartes maitresses d'un jeu aussi complexe qu'est le partenariat à

---

<sup>61</sup> ASSOCIATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC DE SANTE MENTALE (ADESM), [www.adesm.fr](http://www.adesm.fr), (date de consultation : 07.2017), disponible sur Internet : <http://www.adesm.fr/journee-detude-nouvelles-territorialites-en-psychiatrie-et-sante-mentale/>

<sup>62</sup> Annexe 12 : articles de presse Hospimédia et APM International.

grande échelle, en ce sens, nous ne pouvons donc jamais être totalement certains de la réussite ou de l'échec d'un tel projet (3.4).

### **3.1 Le directeur, gardien vigilant de la bonne marche de la CPT**

Un directeur peut être un élément déclencheur d'un projet (3.1.1) ainsi que son souteneur (3.1.2) dans le désir de faire évoluer les pratiques, et notamment dans l'optique d'un décloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social (3.1.3).

#### **3.1.1 Premier pilier indispensable pour construire un projet partenarial territorial**

Par principe, le directeur apparaît comme le pilier de la démarche CPT, c'est à lui qu'incombe la responsabilité d'impulser une dynamique suffisante pour que le déclic collaboratif se fasse. Sa position de guide est clairement admise par les autres acteurs du territoire et ce pour deux principales raisons : la loi, qui édicte que l'initiative d'une CPT doit venir des établissements ayant une activité de psychiatrie, et l'assise de l'établissement dans le département.

En effet, le lancement d'un projet dépendra pour beaucoup de la situation dans laquelle se trouve l'établissement souhaitant élaborer une coopération territoriale. S'il s'agit d'un établissement centré sur lui-même qui cultive une certaine culture hiérarchique sur les autres opérateurs de soins, alors le projet pourrait être confronté dès le départ à de grandes difficultés d'adhésion. La perspective d'un territoire sectorisé où l'établissement psychiatrique affirme assumer l'entière prise en charge d'un patient, de son entrée à l'hôpital à sa sortie en lien avec des structures extra-hospitalières, est une vision qui nécessite aujourd'hui d'être dépassée. Nous parlons bien de « parcours de soins et de vie » de la personne, le soin est une chose, l'intégration complète dans la cité en est une autre et ne pas vouloir assimiler que l'hôpital n'est qu'un acteur parmi d'autres dans la trajectoire d'un usager est une erreur encore courante dans la mise en place d'une coopération. Et c'est pour pouvoir avancer de manière structurée que le directeur doit apprendre à se décentrer des seuls intérêts de son établissement pour se recentrer sur le territoire et le parcours du patient. Une manière de pouvoir envisager de nouvelles méthodes d'échanges qui ne soient plus fondées sur une certaine suprématie de la psychiatrie mais bien sur la base d'un meilleur équilibre ; équilibre à même de favoriser la connaissance mutuelle des difficultés que chacun rencontre, des compétences dont on dispose et de la façon dont on les utilise. En agissant de cette façon le directeur devient alors à même de véhiculer de nouveaux sentiments à l'égard de la psychiatrie et dégager de plus grands consensus. Comme nous le rapportait une des personnes que nous avons rencontrées en entrevue, l'hôpital est encore trop perçu comme « *très pyramidal, très administratif, très rigide* », ayant des logiques ne facilitant pas « *l'innovation, l'adaptation, l'entreprenariat en santé* » :

*De manière très monolithique on produit un service dans quelque chose qui est hyper cadré, le système produit ses propres limites dans la qualité à laquelle il prétend.<sup>63</sup>*

Insuffler une nouvelle dynamique managériale est donc l'autre versant que ne doit pas perdre de vue le directeur qui souhaite avancer sur le chemin d'une collaboration nouvelle. En amont de la construction de son projet partenarial, le directeur doit avoir posé les bases du changement qu'il souhaite opérer au sein de sa propre équipe. Un directeur ne peut agir seul, il doit pouvoir s'épauler de ces collaborateurs administratifs et soignants pour entamer un virage dans la politique de l'établissement. Ce n'est qu'une fois l'adhésion au sein de cette équipe acquise que le projet peut commencer à prendre forme auprès des partenaires extérieurs. Et c'est là que le directeur pourra argumenter auprès des autres acteurs de sa volonté d'un renouveau dans leurs échanges.

*L'histoire de la psychiatrie, du secteur ce n'est pas qu'une histoire de leadercheap c'est que l'on a une culture de l'autosuffisance et que l'on imagine que nous sommes autosuffisant sur nos territoire, ce qui est une grave erreur, après il est difficile de faire quelque chose avec les autres avec cette culture-là.<sup>64</sup>*

L'autosuffisance n'est plus possible aujourd'hui, il faut admettre que le partage des « tâches » entre le sanitaire, le médico-social et le social n'est plus adapté et que les modes opératoires doivent évoluer. Ceci d'autant plus avec les inégalités en santé qui ont tendance à se creuser dans certains territoires. Le directeur doit être en mesure d'accepter, et de faire accepter à ses agents, que l'établissement hospitalier fasse peau neuve en se réinventant sur certains aspects en raison du contexte social et de la réorganisation des acteurs en santé mentale sur le territoire. Ce qui, par exemple, pourrait se traduire par le développement de nouvelles missions au détriment d'autres qui seraient dévolues à d'autres partenaires plus experts dans le domaine concerné.

Il faut accepter de s'ouvrir à d'autres manières de procéder, apprendre à se connaître entre acteurs pour instaurer une certaine relation de confiance rendant plus aisée la mise en place de changements coopératifs.

Dans le cas du CH de Rouffach, une certaine reconnaissance mutuelle est installée depuis plusieurs décennies, les directions successives de la structure ayant eu à cœur de s'ouvrir vers l'extérieur. L'instauration de la CPT représente donc une nouvelle étape dans le processus d'ouverture, elle doit être vue comme la suite logique du développement des CLSM. Et c'est en s'appuyant sur le préexistant que la CPT peut aboutir à une plus-value.

*Il n'y a pas de génération spontanée, et les CPT qui ne fonctionneront pas sont celles qui se créeront sur un moment d'opportunité ou en réponse à une problématique ponctuelle qui n'a pas de suivi suffisamment loin et qui n'a pas assez d'épaisseur.<sup>65</sup>*

---

<sup>63</sup> Extrait d'entretien de l'association APPUIS.

<sup>64</sup> Extrait d'entretien de l'ADESM.

<sup>65</sup> Extrait d'entretien de l'ADESM.

Un projet, de quelque nature que ce soit, ne doit pas être vu comme une fin en soi ou le moyen trouvé de se positionner comme précurseur alors que le contexte ne l'impose pas. Tout projet doit se construire sur des bases solides avec des personnes de part et d'autres qui fassent preuve de motivation. Un investissement collectif est nécessaire pour que la machine fonctionne, il faut donc des personnalités qui puissent avoir la capacité de porter ce projet. Et ces personnalités doivent d'abord être convaincues pour pouvoir propager l'envie de travailler ensemble, c'est en cela que le rôle du directeur sera primordial : assurer une dynamique de projet en donnant du sens à ce qu'il propose auprès de personnes clefs.

*Il y a ce que l'on produit et il y a le sens que l'on produit !<sup>66</sup>*

Si nous ignorons les raisons profondes de l'échec d'un GCS en santé mentale sur le territoire haut-rhinois quelques années auparavant, nous pouvons toutefois imaginer que l'approche adoptée ne soit pas parvenue à inciter à la coopération. Et sans ce souffle d'intérêt, le projet n'a pas pu voir le jour. Echafauder un nouveau projet n'est jamais tâche facile, ainsi connaître l'histoire d'un établissement et du territoire permet de s'appropriier et d'apprendre des erreurs du passé.

Enfin il nous faut souligner la particularité de la psychiatrie, il s'agit d'un domaine où les projets de partenariats sont couramment rencontrés mais qui ne parviennent pas souvent à tenir dans la durée. Il s'agit d'un point de vigilance à avoir : à trop proposer de projets, l'on finit par décourager avant même d'avoir entamé la démarche. Et la CPT ne fera pas exception à ce constat :

*Connaissant la psychiatrie, je ne signerai pas en bas d'une page de la réussite des CPT. Je pense qu'on y arrivera parce qu'il y a d'autres dynamiques, d'autres impulsions, on essaye de pousser les établissements à s'y mettre, de comparer, faire du benchmark... Mais il n'est pas dit que le modèle sera forcément florissant demain, la psychiatrie a plus à son passif des projets qu'elle a imaginé qui sont mort-nés, voire qui n'ont jamais démarrés, que de constructions<sup>67</sup>.*

Mieux vaut donc avoir une vision pragmatique, prosaïque du multipartenariat et savoir doser avec parcimonie les propositions de projets, dans le temps et en fonction des besoins qui s'en font sentir.

Pour que ce transfert de dynamisme puisse se faire, le dispositif doit pouvoir gagner en épaisseur et trouver sa place dans l'esprit de chacun. L'enthousiasme du début peut laisser place à la sensation d'un simple effet d'annonce non suivi de faits concrets.

---

<sup>66</sup> Extrait d'entretien du directeur du CH de Rouffach.

<sup>67</sup> Extrait d'entretien de l'ADESM.

### 3.1.2 Un tuteur devant s'assurer de la poursuite de l'aventure partenariale

Pour s'assurer qu'un projet aille dans la bonne direction, le directeur doit en assumer le guidage, tout du moins au départ, ceci afin de donner une certaine ampleur à l'outil et par la même rassurer les acteurs sur le but à atteindre et les moyens mis à disposition. Comme relevé ci-dessus, tout repose sur la question du sens : lors de nos entretiens, nous avons pu noter que les acteurs rencontrés sont lucides, en l'absence d'actions concrètes et efficaces des partenaires se désintéresseront du dispositif. Pour la survie de celui-ci l'initiateur du projet doit donc savoir se faire l'architecte, le meneur puis le passeur de flambeau.

Il ne suffit pas d'affirmer un but, en l'espèce la fin des ruptures de parcours de soins et de vie des patients, encore faut-il que les acteurs perçoivent de véritables changements dans leur quotidien. Le directeur doit pouvoir être à l'origine du lancement du nouvel outil, proposer des actions concrètes, mais également faire face aux difficultés qu'il rencontre par la suite. C'est pourquoi le directeur doit savoir manier avec une dextérité les codes de la communication : les partenaires peuvent entendre que l'on puisse rencontrer des problèmes, le tout est de ne pas s'en cacher et de jouer le jeu de la transparence. L'autre atout de la communication est qu'elle permet de relancer à intervalles réguliers une adhésion au dispositif.

La répartition des rôles est également importante dans le développement du projet. Dans le cas de la CPT du Haut-Rhin, la position d'égal à égal que l'on vienne du sanitaire, du médico-social ou du social aura certainement un impact sur la façon de travailler ensemble. Même si les mentalités sont encore ancrées sur un schéma hospitalo-centré, l'idée est bien à terme de permettre à chacun de se donner les moyens de gagner en légitimité et en assurance.

*C'est au médico-social de nous battre pour que cela ne soit pas le cas d'un hospitalocentrisme. Si les animateurs (des groupes de travail de la CPT) ne sont qu'issus du sanitaire, il s'agit de la faute du médico-social de ne pas s'être positionné pour le devenir.<sup>68</sup>*

La difficulté d'un portage de projet est également de déterminer à partir de quel moment il faut accepter de laisser la main à d'autres que soi. Il peut arriver qu'une structure marque trop de son empreinte un dispositif au point que les autres partenaires assimilent l'outil de façon consciente ou non comme la « propriété » de son fondateur. La dérive qui peut notamment en découler est la paralysie du système par la concentration des pouvoirs décisionnels par un seul acteur, contrevenant au principe même de partenariat. Le rôle du

---

<sup>68</sup> Extrait d'entretien de l'association Santé mentale Alsace.

directeur est donc d'éviter que l'on en vienne à coller des étiquettes et que l'inertie ne vienne prendre le pas dans le projet. Il est nécessaire qu'il y ait un passage de relais, qu'il y ait acceptation de la nécessité pour le bien du projet qu'un acteur très présent se mette en retrait, sans pour autant se retirer du projet. Mais ce qui vaut pour le chef de file vaut également pour les « suiveurs » : chacun doit accepter d'intégrer une certaine place dans l'organisation, sinon les efforts des uns ne seront pas récompensés par défaut d'efforts de la part des autres. Il doit exister une certaine symétrie dans les attentions portées par chacun dans un projet.

A titre d'illustration, au CH de Rouffach, la directrice en charge de l'action territoriale s'était fortement impliquée dans la conception des CLSM et des CSM. Or aujourd'hui la chargée de mission CLSM est la personne référente de leurs fonctionnements. Le constat qui peut être fait est que les acteurs CLSM et CSM se réfèrent encore trop souvent à la directrice, en dépit de la communication faite autour du relais pris par la chargée de mission.

Endosser le rôle de tuteur peut s'avérer plus complexe encore que celui d'initiateur : il faut savoir concilier les attendus et pratiques de chacun afin de parvenir à un multipartenariat efficace, source de décroisement.

### **3.1.3 Ce projet, synonyme d'avancée vers le très désiré décroisement ?**

Si le décroisement des pratiques entre secteurs d'activités est un attendu évident, il reste encore difficile aujourd'hui de savoir comment s'y diriger. Le message de M. d'HARCOURT en septembre 2016 était un appel clair au décroisement, au sein même du sanitaire en l'occurrence, mais ce serait avoir une conception assez candide que de penser qu'un nouveau dispositif pourrait immédiatement réussir là où d'autres ont échoués. La CPT peut contribuer à atteindre ce but, mais elle ne fera pas disparaître les cloisons simplement parce qu'elle s'inscrit dans la suite logique des CLSM, qui eux-mêmes ont participé à une amorce de décroisement. Elle ne sera qu'une nouvelle marche vers ce décroisement tant espéré, jusqu'à ce qu'un nouveau moyen de coopération prenne le relais ou que la loi prenne appui sur les expériences du terrain pour adapter les textes aux pratiques professionnelles.

Chaque acteur a sa propre perspective, en cela la culture professionnelle de chacun n'est pas à négliger, comme cela nous l'a été rappelé en entretien :

*Le multipartenariat cela va être une réelle problématique car nous n'avons pas la même culture, la même logique, les mêmes intérêts. Il faut l'avoir fait au moins une fois en multipartenariat dans un univers qui n'est pas forcément celui de l'hôpital voire celui du médico-social, car le médico-social est une culture à part, il faut bien avoir en tête que ça ne va pas être un long fleuve tranquille.<sup>69</sup>*

---

<sup>69</sup> Extrait d'entretien de la directrice adjointe du CH de Rouffach.

Il reste difficile de s'ouvrir à de nouvelles conceptions qui nous sont inconnues car habituellement peu ou pas employées dans notre milieu de travail. Il convient dans le cas d'un partenariat de comprendre l'autre pour avancer et en cela la formation croisée de personnel de deux « mondes » différents est riche d'enseignements. Par l'acculturation réciproque les pratiques peuvent alors évoluer, encore faut-il y avoir prise de conscience et adhésion à la démarche par les agents de terrain. Le CLSM a commencé cette approche, sorte de terreau ayant permis de faire germer l'idée de la CPT dans le département. C'est un processus à poursuivre. Pour reprendre l'histoire du CH de Rouffach orientée vers la cité, c'est en réalisant un voyage à Trieste au début des années 2000 que certains psychiatres ont pris conscience de la nécessité d'adapter leurs pratiques :

*Pour Trieste, quand on a un peu lu on n'est pas trop surpris de ce que l'on va voir mais on est impressionné de la performance. (...) Un changement de mentalité à Rouffach a déjà commencé mais il y a encore des « poids lourds » qui restent, et paradoxalement les « poids lourds » ne sont pas forcément les plus âgés. Je pense que j'ai fait les mêmes erreurs que tout le monde, parce que nos maîtres nous avaient enseigné ce regard-là sur la psychiatrie.*

En réalité, en psychiatrie, c'est en agissant par une politique des petits pas que l'on peut réellement avancer :

*Les petits ruisseaux font les grandes rivières et en psychiatrie les grandes cohortes, cela ne sert à rien.<sup>70</sup>*

Cela prend donc plus de temps, cela demande beaucoup de patience mais les résultats sont là, la réussite des CSM qui ont concerné pour le moment un nombre restreint de personnes en est une belle illustration. Pour permettre un décroisement, il faut créer une brèche, montrer l'exemple pour que celui-ci puisse se reproduire avec d'autres. Et c'est en travaillant sur un nouveau modèle que le modèle hiérarchique que l'on parvient à faire tomber les murs :

*Pour nous, secteur associatif, on se projette plutôt qu'une domination les uns sur les autres vers une co-transformation favorable à l'inclusion.<sup>71</sup>*

Le directeur se doit donc d'orchestrer avec adresse les débuts d'un projet pour aboutir à des partenariats renforcés éveillant les consciences et vocations. Mais pour permettre l'envolée du dispositif, la question du pilotage doit-être posée.

---

<sup>70</sup> Extrait d'entretien de la directrice adjointe du CH de Rouffach.

<sup>71</sup> Extrait d'entretien de l'association APPUIS.

### **3.2 Parvenir à définir un pilotage durable et performant de la CPT sur un territoire**

La « survie » d'une CPT impose qu'un poste soit dédié à l'exercice de coordination entre les acteurs membres et qu'une bonne synchronisation des missions soit réalisée avec les CLSM. Pour pérenniser la CPT un pilotage territorial est indispensable. L'expérience des CLSM le démontre, un poste à plein temps à moyen terme dans le cadre d'un partenariat de cette envergure doit être prévu, le directeur ne pouvant assumer cette mission en annexe de son métier premier. Les modalités de ce poste sont toutefois à examiner selon le contexte dans lequel s'inscrit le projet CPT.

La solution envisagée dans le Haut-Rhin serait de faire du poste de chargé de mission CLSM le poste de coordonnateur au sein de la CPT, les deux outils étant intrinsèquement liés. Or cela soulève plusieurs interrogations : la quotité à répartir entre les deux missions, le temps et la charge de travail en découlant, les CLSM restant des dispositifs très fragiles ne pouvant généralement pas vivre de façon autonome. La question du financement aujourd'hui assumé par l'ARS pourrait également être révisée par cette dernière, notamment car la fréquence de rotation des chargés de mission CLSM depuis leur création interpelle (trois en l'espace de trois ans). Une meilleure évaluation des attentes à leur arrivée en poste et des résultats obtenus est un souhait émis par l'ARS afin d'apporter un premier correctif aux difficultés observées auprès des chargés de mission (démotivation, épuisement...). Mais le cumul des deux postes par une seule personne n'améliorerait probablement pas ces conditions de travail, aussi d'autres alternatives doivent être étudiées.

Une hypothèse qui se rapproche de celle énoncée plus haut pourrait être la révision du statut du chargé de mission CLSM pour pouvoir s'investir dans la CPT, faisant ainsi le trait d'union entre les deux coopérations. Mais cela nécessiterait d'avoir des CLSM, petits ou grands, disposant de ressources humaines suffisantes pour récupérer les anciennes attributions du chargé de mission. Cela induirait d'avoir dans chaque mairie des personnes particulièrement motivées, impliquées et susceptibles d'alléger cette charge de travail au coordonnateur en ayant une quotité de travail dédiée à la gestion du CLSM. Des personnes qui auraient été sensibilisées à la question de la santé mentale et qui, au sein de leur municipalité, véhiculeraient un message de déstigmatisation capable de provoquer de nouvelles « vocations » et ainsi de permettre un renouvellement facilité des équipes. De cette façon, le chargé de mission CLSM pourrait s'appuyer sereinement sur le travail de terrain CLSM et se consacrer davantage à la CPT. Mais cette hypothèse, si elle a l'avantage d'insuffler un changement des mentalités au niveau local, paraît à l'heure actuelle peu probable : les élus tout comme les autres acteurs ayant à faire face à des difficultés budgétaires.



L'autre solution, que d'autres CPT souhaitent mettre en place, serait un coordonnateur CPT en parallèle de celui des CLSM, mais en prenant garde à ne pas se retrouver dans les mêmes travers, et avec malgré tout un inconvénient : le financement à trouver qui fait encore défaut. Dans le contexte contraint que tous les secteurs connaissent, demander une contribution pécuniaire à chaque membre est possible mais doit alors être parfaitement justifiée, surtout aux prémices d'un projet où l'on cherche avant tout l'adhésion et non un rejet. Faire supporter ce coût de façon mutualisée serait une manière de faire partager l'effort, et les acteurs seront alors d'autant plus attentifs à la réalisation des objectifs fixés. Pour essayer de ne pas imposer une participation trop grande, la CPT pourrait envisager le recrutement d'une personne à temps partiel dans un premier temps, en se donnant la possibilité de faire varier sa quotité de travail selon l'évolution de l'ampleur du travail attendu.

Enfin, la question des compétences pour un tel poste doit être réfléchie : faut-il rechercher une personne présentant un intérêt pour la santé mentale mais qui sera positionnée comme coordonnatrice sans avoir de réelle formation en matière de gestion de projet ? Nous aurions alors une personne investie mais qui tâtonnera et qui pourrait se démotiver. Ou au contraire, privilégier les compétences professionnelles avec un profil type d'ingénierie de projet dans le champ de la santé avec le risque qu'un potentiel mi-temps ne freine l'attractivité du poste ? Quoiqu'il en soit, avec l'arrivée prochaine d'un PTSM et du rôle à jouer pour la CPT, la conception de nouveaux profils de poste pourrait s'avérer nécessaire pour un management tourné vers le territoire.

Dans le cas du Haut-Rhin, l'harmonisation des financements accordés au sein de la nouvelle ARS Grand-Est est également une épée de Damoclès : si le financement du chargé de mission CLSM est remis en cause partiellement ou en totalité, cela assombriera un peu plus le tableau dépeint quant au pilotage des CLSM et de la CPT.

Si le pilotage est indispensable, ne pas réussir à intégrer certains acteurs dans la CPT serait une erreur menant à accentuer le phénomène de millefeuille indigeste créant un nouvel outil creux.

### **3.3 La recherche active de la participation de tous les acteurs en santé mentale**

Si les élus sont aujourd'hui davantage sensibilisés aux impacts de la santé mentale, c'est au tour d'autres acteurs de cesser de rester sur le banc de touche : que cela soit les usagers, qui sont par ailleurs demandeurs (3.3.1), que les libéraux qui semblent avoir plus de réticences à entrer dans le jeu (3.3.2).

### 3.3.1 (Re)donner la parole aux usagers

Les usagers ont toute leur place dans ce genre de réunion d'acteurs, c'est pourquoi la philosophie d'Outre-Atlantique de valoriser le pouvoir d'agir des anciens patients se retrouve aujourd'hui dans la politique de la CPT, et dans celle du législateur français puisque le financement des GEM est aujourd'hui facilité par les ARS. Les GEM sont de plus en plus présents et intégrés dans la cité, à Mulhouse un projet classe-ville, de l'initiative d'une école ayant eu connaissance de l'existence de GEM, a permis la rencontre du public des GEM avec des classes de primaire. Les retours ont été très bons et l'expérience renouvelée. Dans le même ordre d'idée, les CSM ont permis une mixité sociale entre bénéficiaires du RSA et ex-patients avec la mise en place d'une pièce de théâtre *Mon voisin est extra* ayant attiré plus de 300 spectateurs. Ces actions visant à la résilience des usagers atteignent peu à peu leur but, les CSM ont par exemple amené à une prise de conscience des usagers de leurs besoins, ce qui s'est traduit par la création d'une association depuis devenue GEM.

*Le CSM est une étape franchie phénoménale. Quand on est dedans, de ma place, j'ai l'impression de n'avoir rien fait, le seul élément suffisant a été pendant toute la démarche de ne pas considérer ces personnes comme des malades, mais avec des compétences, des réservoirs en eux-mêmes qu'ils ont oubliés, on ne leur a permis que de réfléchir sur leur façon de penser autrement. En soi, il n'y a rien de révolutionnaire, c'est tout l'enjeu des médiateurs de santé pairs...<sup>72</sup>*

Les usagers sont de plus en plus désireux d'être acteurs et non plus simples spectateurs de leur vie. C'est une envie que l'on retrouve au niveau des CSM, des CLSM et qu'il conviendrait de retrouver à l'échelle d'une CPT. L'adhésion de plusieurs GEM à la CPT du Haut-Rhin va dans ce sens. La venue des GEM dans ce cercle décisionnel et non plus de terrain permet une remise en cause légitime des pratiques professionnelles et organisationnelles entre les acteurs de santé mentale. Leur savoir expérientiel est reconnu (médiateur santé-pair) et devient recherché.

En ouvrant la possibilité de faire adhérer à la CPT des membres « non professionnels », usagers ou familles d'usagers, le législateur offre l'opportunité de parvenir à l'objectif retrouvé dans la loi du 4 mars 2002<sup>73</sup> : mettre le patient au cœur des préoccupations de chacun. Encore faut-il s'assurer que la participation de ces membres expérientiels ne soit pas faussée et ne soit pas qu'un moyen détourné de « parler à la place de... » Mais si cela est possible dans le Haut-Rhin, tous les territoires ne sont certainement pas encore à ce stade de maturité. Les GEM se démocratisent mais il peut être difficile de trouver un

---

<sup>72</sup> Extrait d'entretien d'une ancienne chargée de mission.

<sup>73</sup> MINISTERE DE LA SANTE, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (en ligne), Journal officiel du 5 mars 2002, disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

interlocuteur en mesure d'assumer les responsabilités d'une telle charge, n'oublions pas que les effets thérapeutiques d'un traitement peuvent se révéler importants et contraignants.

Les usagers sont pourtant considérés par la CPT comme des membres à part entière, charge donc à chaque partie de faire preuve de bonne volonté : d'un côté en laissant les usagers donner leur point de vue en percevant plus les professionnels comme détenteurs uniques du savoir, de l'autre accepter les contraintes auxquelles peuvent être confrontés les professionnels pour aboutir à un résultat satisfaisant pour tous.

Toutefois les usagers ne sont pas les seuls acteurs qu'il faille inciter à faire participer : les libéraux constituent la pièce manquante du puzzle.

### **3.3.2 Développement de la collaboration avec les représentants libéraux**

Il s'agit là d'un problème persistant : faciliter l'adhésion des professionnels libéraux malgré leurs propres contraintes, contraintes qui sont connues et difficilement contournables tant que le système restera celui que l'on connaît à l'heure actuelle. Comme le rappelle Pierre-Louis DRUAI, président du collège de la médecine générale<sup>74</sup> :

*Il est nécessaire de disposer d'une inter-formation à l'université entre la psychiatrie et la médecine générale en vue de créer une connivence : c'est au berceau que l'on peut créer des systèmes efficaces.*

Et c'est en raison de cette absence de connivence que les deux spécialités ont tant de mal à communiquer : un travail de fond de formation doit être mené pour apporter des améliorations à la compréhension de ces deux mondes, ce qui passera notamment par un meilleur dialogue (écrit et oral) entre confrères psychiatre et généraliste lorsque l'un adresse à l'autre un patient.

En regardant la situation actuelle, et en espérant que celle-ci puisse évoluer favorablement à l'avenir, seules les personnes baignant déjà dans l'univers de la santé mentale sont réellement investies et cherchent à y participer, ce qui se limite à très peu de personnes, y compris dans les URPS. La charte de mars 2014 entre la médecine générale et la psychiatrie est un premier pas mais ne suffit pas pour le moment à débloquer la situation. Cette charte est le fruit d'une première expérience à Dijon en collaboration avec le CCOMS. En l'espèce, il semble qu'il y ait eu mise en place d'outils communs dans le domaine de la communication permettant de contourner le problème de la messagerie Apycript, premier

---

<sup>74</sup> Propos tenu lors de la journée d'étude au ministère le 4 mai 2017. ASSOCIATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC DE SANTE MENTALE (ADESM), [www.adesm.fr](http://www.adesm.fr), (date de consultation : 07.2017), disponible sur Internet : <http://www.adesm.fr/journee-detude-nouvelles-territorialites-en-psychiatrie-et-sante-mentale/>

rempart à la réussite d'un projet de coopération entre la médecine libérale et la psychiatrie publique. Cette expérience est une avancée, encore faudra-t-il s'assurer de la possible transposition/adaptation de cette réalisation bourguignonne dans d'autres territoires (démographie médicale en généralistes et psychiatres, présence de grandes zones rurales, adhésion au projet...).

Avec la désertification médicale annoncée ces prochaines années et qui s'installe déjà peu à peu sur les territoires, la réorganisation des libéraux s'impose. Nous avons principalement évoqué l'existence de l'URPS et des difficultés de dialogue ou d'actions concrètes. Or, les libéraux se repositionnent sur le territoire départemental à travers d'autres organisations, à l'image des regroupements de professionnels en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou de leur présence aux commissions spécialisées en santé mentale des conseils territoriaux de santé qui valideront le PTSM. Inclure les libéraux est essentiel, aussi toute la problématique des CPTS sera leur niveau d'agrégation et leur vocation ou non à entrer dans un dispositif de type coopératif. Ces CPTS sont encore jeunes<sup>75</sup>, la démarche d'inclusion pourrait donc dépendre de leur souhait à devenir collaboratrices actives sur un territoire de proximité comme celui des CLSM. A défaut de disposer d'une représentation à l'échelle de la CPT, leur présence dans les CLSM serait une bonne alternative, puisque ceux-ci seront retrouvés dans la CPT. Venir vers ces nouvelles entités pour se faire connaître et parvenir à faire partager cet intérêt commun à travailler ensemble est l'objectif à atteindre. Ce serait ainsi le moyen de permettre l'identification claire des lieux, des structures et des acteurs relatifs à la CPT ou aux CLSM par ces professionnels.

Parallèlement, la psychiatrie pourrait s'engager à travailler d'une façon légèrement différente. A titre d'illustration, le CH Alpes-Isère réfléchit à l'instauration de plateaux territoriaux de santé mentale, tout à la fois plateau technique et interface par territoire avec la médecine générale, ou encore la mise en place d'équipes mobiles vers le domicile et auprès des médecins généralistes. Il faut repenser la santé différemment, et notamment avec les nouvelles générations de médecins qui ne seront pas dans l'optique d'une disponibilité excessive au détriment de leur vie privée, chose éminemment compréhensible ! C'est pourquoi les cabinets de groupes, les maisons médicales pour les médecins généralistes et autres organisations collectives du travail libéral se disséminent progressivement dans le paysage territorial, facilitant leur visibilité et montrant l'importance de leur positionnement sur un territoire.

D'autres chantiers sont à suivre de près, fin 2016, par exemple, une fédération nationale des soins primaires (FSP) regroupant neuf syndicats et associations a été lancée afin de promouvoir la coordination professionnelle autour du patient. Selon le docteur Philippe

---

<sup>75</sup> Issues de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (article 65).

MARISSAL, président de la FSP, cette fédération aura à cœur de représenter les acteurs du quotidien<sup>76</sup>. Alors que les dernières rencontres avec l'URPS laissent transparaître une certaine difficulté de communication, la naissance de cette nouvelle fédération pourrait être une nouvelle piste à suivre pour travailler de concert. D'autant plus que la ministre des solidarités et de la santé Agnès BUZYN pose le renforcement des organisations territoriales comme un axe majeur de la politique à mener.

Si les acteurs du sanitaire, médico-social et social doivent effectivement savoir se rendre attractifs aux yeux des libéraux pour qu'ils voient un intérêt à travailler avec eux, c'est une relation qui doit être à double sens. Ce n'est qu'en se faisant connaître, tapant à la porte de chacun que le *statu quo* actuel pourra bouger.

Usagers, libéraux, élus, autant de membres essentiels à la CPT. Parvenir à réunir ces acteurs puis à les faire travailler de façon consensuelle n'est pas chose aisée, aussi la réussite d'un projet multipartenarial peut laisser présager quelques complications inattendues.

### **3.4 La subsistance de turbulences malgré le bon vouloir du directeur**

Vouloir n'est pas pouvoir, tout du moins, pas toujours selon les règles que nous nous étions fixées. Il peut arriver que les plans initiaux soient révisés afin de permettre l'adhésion de tous, c'est le principe même d'un bon management de projet. Quitte ensuite à garder en tête l'éventualité de voir évoluer les choses favorablement vers le schéma initial une fois la machine correctement lancée. Il s'agit de savoir avancer pas à pas, d'accepter ne pas voir les choses en trop grand, trop tôt et trop vite. C'est ce que nous pouvons observer dans le cas du territoire arrêté par la CPT du Haut-Rhin : le département. Il n'était peut-être pas le meilleur choix à l'origine mais certainement le plus acceptable par tous, et avec le temps, peut-être sera-t-il envisageable d'aboutir au territoire fusionné des deux territoires GHT11 et 12.

Dès les prémices, l'adhésion peut ne pas être au rendez-vous, il nous suffit pour cela de regarder l'expérience malheureuse du GCS en santé mentale du CH de Rouffach pour le comprendre. Un partenariat est une démarche très personne-dépendante, un grain de sable peut suffire à enrayer la machine (un défaut de communication, un quiproquo, une mésentente, un mauvais positionnement...). Malgré l'envie de construire une coopération

---

<sup>76</sup> Médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, maisons et pôles de santé, médecins de centres de santé, centres de santé, podologues, sages-femmes, équipe de santé libérale.

pérenne, il a fallu patienter quelques années pour reprendre l'idée d'une collaboration territoriale. Il faut parfois savoir attendre le moment où les autres acteurs « se sentent » prêts à suivre cette initiative, en lien avec une communication adéquate, un contexte politique et, en l'espèce, à la mise à disposition d'un nouvel outil de facture plus légère faisant moins écho à une potentielle « usine à gaz ».

Diriger un projet induit que l'on s'entoure de personnes motivées et investies, ce qui a pu faire défaut dans le montage de la CPT Arc-Alpin où les établissements de santé ont délaissé le projet, s'attendant à ce que l'un des établissements psychiatriques concernés reprenne les rênes alors qu'il ne s'était pas positionné comme garant du projet. Et une fois les cartes distribuées, à chacun de prendre ses responsabilités, dans le sanitaire comme dans le médico-social et le social :

*On prend nos responsabilités, d'autres auront à les prendre, parce que si les autres ne viennent pas, par définition ce sera un coup d'épée dans l'eau ! Et notamment si la psychiatrie déplace certaines de ses activités, ses organisations, si les autres ne bougent pas cela risque d'être pire qu'avant !<sup>77</sup>*

Nous pouvons nous investir dans un projet, mais si en retour les autres membres ne s'impliquent pas ou peu malgré les efforts réalisés par l'établissement fondateur, le projet va vers une fin programmée à plus ou moins court terme. Sans compter qu'il peut arriver qu'une personne clef soit sur le départ sans remplaçant solide pour reprendre le travail entamé. Le problème du turn-over est une réalité bien trop souvent retrouvée et contre lequel il est difficile de lutter, son anticipation n'étant pas toujours réalisable.

Enfin, la situation financière de tout projet est délicate : tributaire des autorités de tarification, de la bonne disposition de ces membres ou encore du mécénat, un projet peut défaillir pour cette raison. Pour reprendre l'exemple de la fin des CSM portés par le CH de Rouffach ayant abouti à la pièce de théâtre *Mon voisin est extra* : deux années ont été nécessaires pour réunir les fonds, par le biais d'une certaine dose d'acharnement à convaincre de la viabilité du projet, et de patience pour recueillir la somme et réunir les partenaires. Cela démontre la difficulté que l'on peut rencontrer simplement parce que le dispositif proposé est sans aucune antériorité et ne peut donc obtenir de financement de la part de l'ARS ou du CD pour ce motif. Il convient souvent de d'abord faire ses preuves en autodidacte pour bénéficier ensuite de subventions éventuelles, ce qui peut grandement freiner à la réalisation de projets...

---

<sup>77</sup> Extrait d'entretien de l'ADESM.

## Conclusion

Si la France n'a pas suivi l'exemple, radical, italien, la politique communautaire prend peu à peu ses marques dans le paysage français, l'hôpital conserve encore une place primordiale en tant que vecteur de nouvelles pratiques professionnelles. Le choix de porter une CPT oriente donc sensiblement le territoire du Haut-Rhin vers cette conception mais le chemin à parcourir reste important. Comme nous l'avons vu, mettre en œuvre une conduite de projet en matière de coopération territoriale s'avère par bien des aspects un processus rempli d'impondérables qu'il faut savoir affronter.

La relation entre GHT et CPT ne doit donc pas être vue comme un écran de fumée camouflant l'emprise du GHT sur la psychiatrie mais bien comme un outil promoteur de rassemblement des intervenants en santé mentale. Pareillement, nous avons démontré que la CPT n'était pas un *simili* CLSM mais bien un instrument de collaboration prêt à s'appuyer sur l'expérience des CLSM et à s'adapter à chaque territoire pour favoriser une culture de décroissement. Toutefois, chaque territoire est libre d'utiliser ou non cette opportunité législative, certains ont d'ores et déjà fait le choix de ne pas y avoir recours.

Les enjeux coopératifs sont nombreux, connus, mais ces enjeux ne touchent pas que le monde de la santé mentale. Préfiguratrice depuis de longues années dans le domaine du développement multipartenarial, la santé mentale pourrait continuer sur cette lancée et attirer les regards d'autres opérateurs de santé ayant en charge d'autres publics.

Avec la CPT un bel enjeu coopératif se dessine, un défi qui ne demande qu'à être relevé...





---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, (en ligne), Journal officiel du 1<sup>er</sup> janvier 1986, (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232&categorieLien=id>
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation (en ligne), Journal officiel, n°150 du 30 juin 1990 (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384&categorieLien=id>
- MINISTERE DE LA SANTE, loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, (en ligne), Journal officiel du 3 janvier 2002, (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
- MINISTERE DE LA SANTE, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (en ligne), Journal officiel du 5 mars 2002, disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 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, (en ligne), Journal officiel n°0155 du 6 juillet 2011 (visité le 04.09.2017), disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (en ligne), Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, (visité le 22.01.2017), disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire, (en ligne), JORF n°0252 du 28 octobre 2016, (visité le 22.01.2017) disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/26/AFSH1629102D/jo/texte>
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, (en ligne), Journal officiel n°0176 du 29 juillet 2017, (visité le 05.08.2017), disponible sur Internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>

## **Documents de planification et publications d'agences :**

- MINISTERE DE LA SANTE, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, 98 p., disponible sur Internet :  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015, 43 p., disponible sur Internet :  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)
- CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (CCOMS), 2015, Les conseils locaux en santé mentale : état des lieux, (visité le 24.04.2017), disponible sur Internet :  
<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX (ANAP), *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale* 2016, disponible sur Internet :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

## Ouvrages :

- BLOCH M-A, HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 335 p.

## Rapports :

- COUTY E., 2009, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, 86 p.
- LAFORCADE M., 2016, *Rapport relatif à la santé mentale*, 190 p.
- MILON A., 2009, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*, 357 p.
- MILON A., 2012, *Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux*, fait au nom de la commission des affaires sociales 60 p.
- PIEL E., ROELANDT J-L., 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, 86 p.
- PIVETEAU D., 2014, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* 96 p.
- ROBILIARD D., 2013, *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, 133 p.

## Documents internes

- CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH, projet d'établissement 2016-2020
- CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH, compte-rendu de Directoires

- COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE DU HAUT-RHIN, convention constitutive, signée le 26 juin 2017
- COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE DU HAUT-RHIN, règlement intérieur

### **Mémoires et modules inter-professionnels :**

- ANTOINE M., 2014, *Construire un groupement de coopération sanitaire en santé mentale : l'exemple du territoire de santé du Lot-et-Garonne*, mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 93 p.
- BELKACEM D., BLED D., BOSQUE C. et al, 2012, *Quelle place pour les conseils locaux de la santé mentale dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ?*, Module inter professionnel de l'Ecole des hautes études en santé publique, 60 p.
- BERTHE J., 2012, *La coopération, un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur le territoire : l'exemple des centres hospitaliers de Charles Perrens et de Cadillac*, mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 93 p.
- DELERUE G., 2010, *La collaboration entre le sanitaire et le médico-social. Organisation de formations destinées aux professionnels du sanitaire et du médico-social sur la prise en charge du handicap psychique*, mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 49 p.
- FURSTOSS E., 2016, *Les réseaux en santé mentale : le cas des conseils locaux de santé mentale haut-rhinois*, mémoire de master MAE Management des organisations de santé et médico-sociales, 65 p.
- HAY J, 2016, *Les contrats locaux de santé comme outil au service de la coordination territoriale : l'exemple du Tarn*, mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 72 p.
- JONQUET C., 2015, *Vers une structuration plus adaptée du parcours de l'utilisateur en santé mentale : comment repenser la coopération de demain ?*, mémoire de

master professionnel Management des organisations médicales et médico-sociales,  
84 p.

- MAROT-DUPRE C., 2006, *Les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée*, mémoire de l'Institut d'études politique de Lyon, 123 p.
- SABINE F., 2011, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie ? L'exemple du Centre hospitalier Charles Perrens*, mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 66 p.

### **Sites Internet :**

- AGENCE REGIONALE DE SANTE (ARS) GRAND-EST (mise à jour en avril 2017), disponible sur Internet :  
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/diagnostics-territoriaux-0>
- ASSOCIATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC DE SANTE MENTALE (ADESM), [www.adesm.fr](http://www.adesm.fr), (date de consultation : 07.2017), disponible sur Internet :  
<http://www.adesm.fr/journee-detude-nouvelles-territorialites-en-psychiatrie-et-sante-mentale/>
- CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH, la sectorisation (mise à jour en 2017), disponible sur Internet :  
<https://www.ch-rouffach.fr/index.php/2014-06-06-12-43-51/la-sectorisation>

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés (courant mai-juin)
- Annexe 2 : Exemple de guide d'entretien
- Annexe 3 : Schéma explicatif du mécanisme législatif PTSM
- Annexe 4 : Cartographie des secteurs en psychiatrie adultes et enfants, adolescents du département du Haut-Rhin (68)
- Annexe 5 : Cartographie des GHT d'Alsace
- Annexe 6 : Organisation structurelle de la CPT
- Annexe 7 : Cartographie des CLSM dans le département du Haut-Rhin (68)
- Annexe 8 : Affiche de la pièce de théâtre *Mon voisin est extra*
- Annexe 9 : Charte du 4 mars 2014 entre le collège de la médecine générale et la conférence nationale des présidents de CME des CHS
- Annexe 10 : Bulletin « Flash infos » (premier numéro)
- Annexe 11 : Bulletin « Flash infos » (numéro 2)
- Annexe 12 : Articles de presse d'Hospimédia et APM International relatifs à la communauté psychiatrique de territoire du Haut-Rhin
- Annexe 13 : Rosace de l'ANAP représentant les cinq portes d'entrées où sont constatées les principales ruptures dans le parcours de la personne

## **Annexe 1 :**

Liste des entretiens réalisés (courant mai-juin)

### **Professionnels de direction en psychiatrie publique :**

- Le directeur du centre hospitalier de Rouffach (1h)
- La directrice de la clientèle, de la communication et de l'action territoriale au sein du centre hospitalier de Rouffach (2h53min)
- Le président de la CME du centre hospitalier de Rouffach (1h21min)
- Le directeur du centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI) et également président de l'ADESM (1h12min)
- Le directeur adjoint en charge des affaires générales des Hôpitaux civils de Colmar (20min)

### **Chargées de missions CLSM :**

- L'actuelle chargée de mission CLSM Haut-Rhin (49min)
- Une ancienne chargée de mission CLSM Haut-Rhin (1h05min)

### **Autorités de financement et de contrôle :**

- La déléguée départementale adjointe du Haut-Rhin et le référent ARS Grand-Est sur la santé mentale (1h07min)
- Le directeur de l'autonomie des publics personnes âgées et personnes handicapées du Conseil départemental (39min)

### **Usagers et familles :**

- Le vice-président du GEM *Les ailes de l'espoir* (34min)
- La secrétaire générale de l'association Schizo-Espoir (49min)

### **Elu :**

- Un ancien maire, membre de l'association des maires du Haut-Rhin (33min)

### **Médecin d'une clinique privée :**

- Un psychiatre de la clinique privée à but lucratif Solisana (43min)

### **Structures médico-sociales :**

- Le directeur général de l'association Accueil, prévention, protection, urgence, insertion sociale (APPUIS) (30min)
- Le président, le directeur et le directeur-adjoint de l'association Santé mentale Alsace, anciennement Croix Marine (1h)
- La directrice de la Maison des adolescents (1h34min)

## **Annexe 2 :**

### Exemple de guide d'entretien

#### **Positionnement de la structure de la personne interrogée :**

- Description et caractéristiques de la structure en matière de prise en charge
- Les conventions existantes avec la psychiatrie

#### **La CPT :**

- Quelle définition donnez-vous de la CPT ?
- Quelles sont vos attentes avec ce nouvel outil ?
- Quels intérêts présente la CPT dans la santé mentale ?
- Quel serait le bon périmètre d'action de la CPT ? Que pensez-vous du territoire arrêté ?
- Connaissez-vous déjà les autres membres de la CPT ? Tous les acteurs essentiels de la santé mentale sont-ils présents dans la CPT aujourd'hui ?
- Qui manquerait-il ? Comment parvenir à les impliquer ?
- Quelle doit-être la place des établissements psychiatriques dans le dispositif ?
- Comment trouvez-vous la politique de communication menée jusqu'à présent ?
- Quels sont les écueils à éviter ?

#### **Articulation entre CPT/PTSM :**

- Quel rôle à jouer pour la CPT avec le projet territorial en santé mentale ?

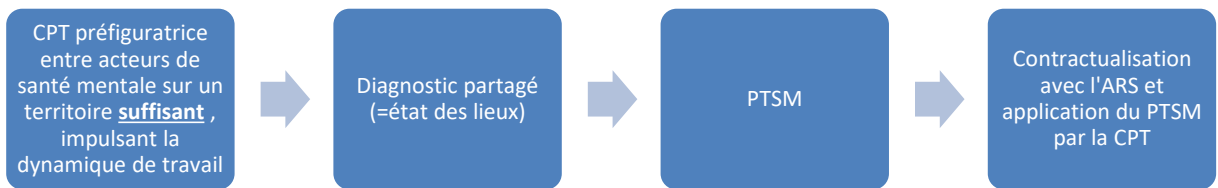
#### **Articulation avec d'autres dispositifs en santé mentale :**

- Quelle articulation existe-t-il selon vous entre CPT et CLSM et les autres partenariats existants ?

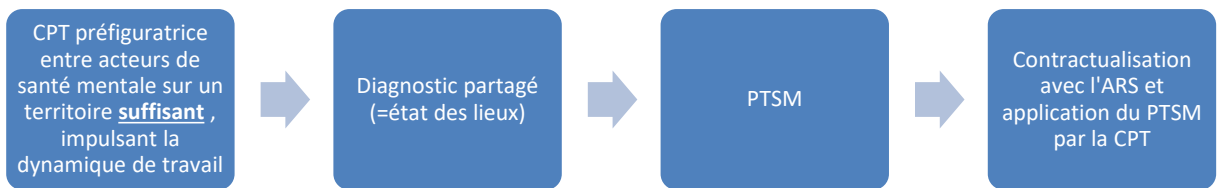


**Annexe 3** : Schéma explicatif du mécanisme législatif PTSM

1<sup>ère</sup> hypothèse :



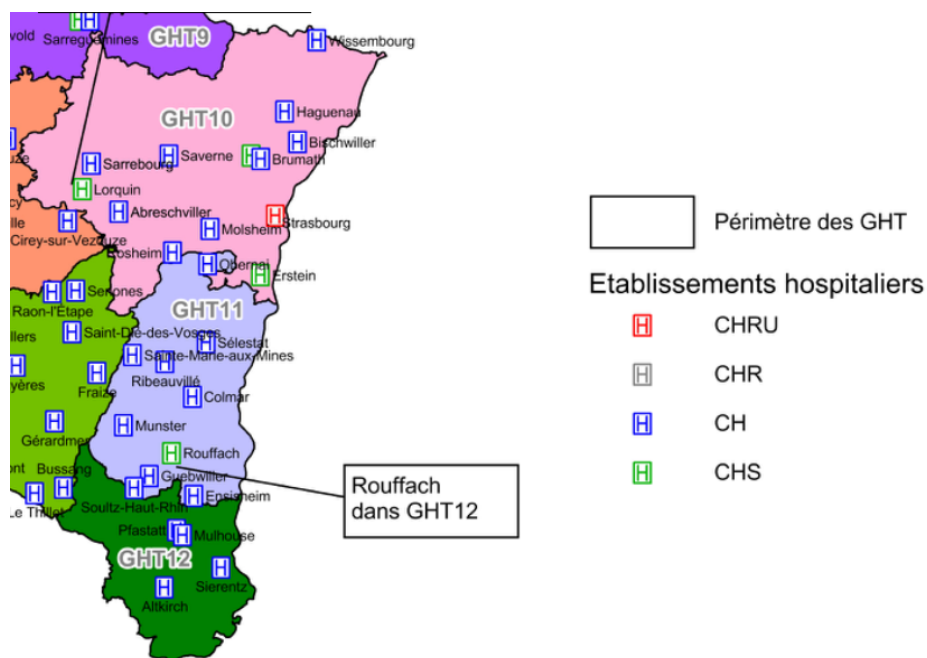
2<sup>nd</sup>e hypothèse :



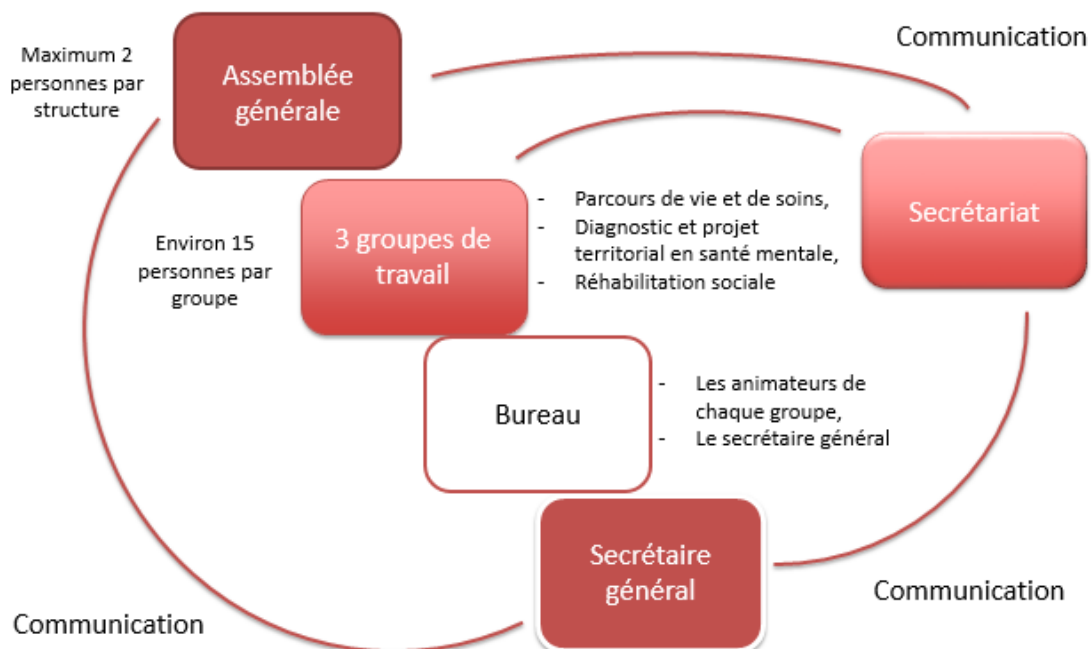
**Annexe 4** : Cartographie des secteurs en psychiatrie adultes et enfants, adolescents du département du Haut-Rhin (68)



## Annexe 5 : Cartographie des GHT d'Alsace



## Annexe 6 : Organisation structurelle de la CPT



**Annexe 7** : Cartographie des CLSM dans le département du Haut-Rhin (68)

- Ribeauvillé
- Colmar
- Guebwiller
- Thann
- Mulhouse
- Saint-Louis
- Altkirch



Annexe 8 : Affiche de la pièce de théâtre *Mon voisin est extra*

Une pièce de théâtre comique et humoristique issue d'une aventure humaine et collective incroyable  
menée dans les quartiers prioritaires de la ville de Mulhouse

ENTRÉE : 2 EUROS - TOUT PUBLIC - DURÉE : 1 HEURE  
RÉSERVATION : SECRETARIAT.DIRECTION@CH-ROUFFACH.FR / 03 89 78 70 20

# MON VOISIN EST EXTRA !



JEUDI 6 JUILLET 2017 20 HEURES

SALLE DE SPECTACLE DU CENTRE SOCIO-CULTUREL LE PAX  
54 RUE DE SOULTZ 68200 MULHOUSE - BOURTZWILLER

DIRECTION ARTISTIQUE  
Oriane Bernard et Hélène Hoops de la Compagnie Accès-Soir - Strasbourg



# Charte de partenariat

## Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CMS de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller  
Président  
Conférence Nationale des Présidents de CMS  
de Centres Hospitaliers Spécialisés



Pr Pierre Louis Druais  
Président  
Collège de la Médecine Générale



# FLASH INFOS CPT

Le bulletin d'information de la Communauté Psychiatrique de Territoire

**CPT**  
Haut-Rhin



**Mai 2017**

**Numéro 1**



## RETOUR SUR LES GROUPES DE TRAVAIL CPT

Deux des trois groupes de travail se sont déjà réunis courant avril afin de discuter de leurs domaines respectifs, il est prévu que les membres du dernier groupe se rencontrent début juin et désignent leur binôme d'animateurs. Une fois les noms de tous les animateurs connus, le bureau se réunira pour la première fois.

## LE CHEMINEMENT DE LA CPT

- Les instances respectives des hôpitaux civils de Colmar, du groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace, ainsi que du centre hospitalier de Rouffach ont d'ores et déjà émis un avis favorable à la création de la CPT du Haut-Rhin,
- Le conseil d'établissement du centre médical du Roggenberg rend son avis le 19 mai,
- Suite à cela, il est prévu d'organiser rapidement une cérémonie de signatures de l'ensemble des membres de la CPT. Cette cérémonie sera l'occasion de communiquer avec la presse et de mettre en avant le rôle des groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans le mécanisme de maintien des personnes dans leur lieu de vie.



Les établissements fondateurs de la CPT :



## EVENEMENTS MARQUANTS

Une journée nationale d'étude sur le thème « Territorialités, psychiatrie et santé mentale » a eu lieu à Paris au ministère des affaires sociales et de la santé le 4 mai dernier.

L'ADESM, la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés, la FEHAP, la FHF ainsi que l'UNAFAM en sont à l'origine afin de faire un état des lieux des projets territoriaux mis en place dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016. François Courtot et le Docteur Joël Oberlin y ont présenté le sens du projet de CPT dans le Haut-Rhin en insistant sur le rôle de celle-ci pour diminuer les ruptures dans le parcours de vie et le parcours de santé des personnes diminuées par un trouble psychique. Le caractère complémentaire d'une telle CPT par rapport aux groupements hospitaliers de territoire a été souligné par les intervenants et reconnu par les réactions du public. Notre CPT est une première et une expérience qui retient l'attention de nombreuses personnes.

Nous contacter :  
Téléphone : 03 89 78 70 20  
Courriel : [secretariat.direction@ch-ruffach.fr](mailto:secretariat.direction@ch-ruffach.fr)  
Plus d'infos sur :  
<https://accounts.google.com/ServiceLogin>



## RELATIONS AVEC L'ARS

Un cycle de six réunions initié par l'ARS est consacré au volet « santé mentale » du projet régional de santé se déroule actuellement.

Après la réunion de lancement et avant la réunion de synthèse, quatre thèmes sont abordés :

- le parcours de prise en charge entre les modalités d'hospitalisation et de soins ambulatoires,
- le parcours de prise en charge des enfants et des adolescents,
- la prise en charge vers des actions de réhabilitation,
- la prévention dans le parcours de prise en charge.

Ces éléments seront à intégrer dans nos travaux de préparation du projet territorial de santé mentale du Haut-Rhin.

D'autre part, par un courrier en date du 25 avril 2017, l'ARS prend acte du projet de constitution d'une CPT préfiguratrice dans le Haut-Rhin et fait quelques remarques sur la convention constitutive qu'il nous appartient de prendre en compte. Ces remarques concernent l'articulation entre les objectifs de la CPT et les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire, sur la définition du territoire d'action de la CPT (qui est actuellement le Haut-Rhin) et sur le lien à venir avec le niveau de recours (CHU). Ces remarques constituent des points d'attention, mais ne remettent pas en cause la rédaction de notre convention constitutive qui pourra donc être signée prochainement.

Rédaction : François Courtot, secrétaire général de la CPT

# FLASH INFOS CPT

Le bulletin d'information de la Communauté Psychiatrique de Territoire

**CPT**  
Haut-Rhin

Juillet 2017  
Numéro 2



## RETOUR SUR LES GROUPES DE TRAVAIL CPT

Les trois groupes de travail se sont réunis entre avril et juin.

Le groupe « Diagnostic et projet territorial » sera désormais co-animé par Dominique Lachat (CH Rouffach) et le Dr Jean-Yves Metzger (HCC).

Les axes de travail prioritaires identifiés sont la prise en charge des adolescents et l'urgence, la banalisation des circuits de prise en charge des personnes handicapées et des personnes en souffrance psychique, avec les nécessaires liens à faire entre le sanitaire, le social et le médico-social. Un travail de réflexion transversal sur la thématique « Adolescents » (sous-groupe « adolescents ») sera proposé aux membres de la CPT. Il conviendra toutefois lors des prochaines réunions du groupe d'analyser la thématique de manière globale et transversale pour faire émerger un projet territorial stratégique partagé pluriannuel en lien avec les réflexions en cours de l'ARS et du Conseil départemental (MDPH).

Le groupe « Parcours de soins, parcours de vie », sera co-animé par Christian Uhrig (CH Rouffach) et Mme Chelkh Khelra (ALBA).

Différents sujets prioritaires seront soumis : le développement des dispositifs visant à une meilleure coordination des parcours patient/usager, le cadrage départemental des modalités de gestion des « cas complexes » et leur accompagnement qui se créent dans les CLSM, l'accompagnement dans un logement adapté, la promotion d'une politique de formation partagée, le soutien des liens avec le secteur libéral (par exemple pour les visites à domicile).

Le groupe « Rétablissement psychosocial » désignera prochainement ses animateurs. Les réflexions du groupe concernent le besoin de connaître le partenariat afin d'identifier les compétences de chacun, ainsi que le questionnement sur les pratiques et la (dé)stigmatisation.

Les différents groupes de la CPT mettent le focus sur l'importance de la place à accorder à l'utilisateur. À ce propos, il faut signaler le déploiement actuel d'un projet de généralisation des contrats sociaux multipartites (CSM) sur l'ensemble des

territoires des CLSM du Haut-Rhin sur 5 ans, suite à l'appel à projets national sur l'accompagnement à l'autonomie en santé remporté fin 2016 par le CH de Rouffach.

Par ailleurs, les ateliers de théâtre dans les quartiers prioritaires de Mulhouse suite au premier CSM ont abouti le 6 juillet à un spectacle comique « Mon voisin est extra », joué au Pax de Bourzwiller devant un public conquis de plus de 300 personnes. Cette démarche d'empowerment, de mixité sociale et de déstigmatisation a démontré une fois de plus la capacité créatrice des personnes handicapées.

## LE CHEMINEMENT DE LA CPT

Le 26 juin a eu lieu la cérémonie de signature de la convention constitutive de la Communauté psychiatrique de territoire du Haut-Rhin dans les locaux du GEM « Les Allées de l'Espoir » à Mulhouse. Après l'accueil par M. Stephan Arahamian, président du GEM, ce moment a été l'occasion pour M. Fatah Senadla, vice président, de présenter l'ensemble des GEM du Haut-Rhin en mettant en avant le rôle qu'ils jouent dans le soutien au rétablissement des personnes malades. La cérémonie a été introduite par M. François Courlot, secrétaire général de la CPT avant une prise de parole de M. Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS Grand Est qui a salué cette CPT pionnière en France.

Sont d'ores et déjà identifiés comme membres de la CPT : voir encadré STRUCTURES ADHÉRENTES EN JUILLET 2017

## EVENEMENTS MARQUANTS

→ Recrutement de trois médiateurs de santé pairs (MSP) dans le Haut-Rhin. Le médiateur de santé pair est une personne en capacité d'utiliser son vécu personnel de la maladie et son parcours de rétablissement dans le cadre des services de psychiatrie et de santé mentale et/ou sociaux, pour contribuer positivement et de manière professionnelle au projet de soin, de vie et d'autonomisation des personnes prises en charge et/ou accompagnées. Le recrutement d'un MSP par l'association APPUIS et de deux MSP par le CH Rouffach se fera à l'automne. Les médiateurs recrutés suivront d'abord une formation de niveau « licence professionnelle » dispensée par l'université Paris XIII en partenariat avec le Centre collaborateur de l'OMS à Lille.



#### STRUCTURES ADHERENTES EN JUILLET 2017

- Hôpitaux civils de Colmar
- Groupement hospitalier de la région Mulhouse-Sud Alsace
- Centre hospitalier de Rouffach
- Centre médical du Roggenberg
- Conseil départemental du Haut-Rhin
- Maison départementale des personnes handicapées MDPH 68
- Association des maires du Haut-Rhin
- Centre départemental de repos et de soins de Colmar (CDRS)
- Clinique Korlan Soissons
- Groupe Saint-Sauveur
- Association Adèle de Glaubitz
- Association d'aide au logement des sans-abris (ALSA)
- Association APPUIS
- Association ESPOIR
- Association Adapei Papillons Blancs d'Alsace
- Association régionale spécialisée d'action sociale d'éducation et d'animation (ARSEA)
- Association Santé mentale Alsace
- Association Schizo-Espoir
- Association Sinclair
- Maison des adolescents du Haut-Rhin
- Réseau APA
- Handicap services Alster
- UDAF68
- Association Au fil de la Vie
- UNAFAM
- GEM "Les ailes de l'espoir"
- GEM "La Navette"
- GEM "La source du Florival"
- ALS'ASPERGER
- Centre hospitalier de Pfstalt

→ Financements de Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) par l'ARS. L'association « La Source du Florival » de Guebwiller, constituée il y a un an, aura désormais le statut de GEM et sera financé comme tel.

Un financement pour la création de l'antenne des Ailes de l'Espoir comme Groupe d'Entraide du Sundgau (par ailleurs soutenue par le CLSM du Sundgau) a également été accordé.

→ Un CREHPSY (centre ressources handicap psychique) Alsace va voir le jour début 2018 : il a été autorisé par l'ARS Grand Est à titre expérimental pour 2 ans ; il est préfigurateur du CREPSY Grand Est. Le déploiement du parcours global, avec la mobilisation coordonnée d'acteurs de proximité amenés à en prévenir et gérer les aléas quelle qu'en soit l'origine, nécessite de disposer d'une fonction de ressource et d'appui à destination des professionnels, des personnes et des familles, qui puisse être mobilisée afin d'anticiper ou répondre à des situations apparaissant problématiques. Une telle fonction a pour but d'améliorer la compétence collective des acteurs, notamment par des mesures ciblées à la suite de retours d'expériences, afin de contribuer à une meilleure adaptation et continuité du parcours global. Le projet est porté par Route Nouvelle Alsace (pour le Bas-Rhin) et Santé Mentale Alsace (pour le Haut-Rhin). Un site Internet viendra sous peu renforcer le dispositif.

#### LA CPT ET LES CLSM : QUELLES INTERACTIONS

Les textes identifient les CLSM comme les structures consultées par la CPT pour avis sur le diagnostic territorial.

En effet, les CLSM, de par leur implication au niveau local, sont les acteurs tout indiqués pour faire remonter à la CPT les « réalités du terrain » et contribuer à identifier les actions prioritaires à mettre en oeuvre sur le territoire. De façon symétrique, la CPT, de par son champ d'action global et son partenariat élargi, permet de donner un cadre départemental à des actions menées dans la CPT et d'assurer ainsi une unité dans les pratiques. L'exemple significatif est la création de cellules de cas complexes à Mulhouse et Colmar, dont la CPT pourrait encadrer le fonctionnement et nourrir ses réflexions.

Enfin, CPT et CLSM sont complémentaires dans le travail de mise en contact et d'échanges des pratiques professionnelles essentiel pour une optimisation de la prise en charge des patients. A ce titre, la CPT a un rôle important de promotion de la place de l'utilisateur dans les dispositifs existants.

#### LE PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS) ET LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (PTSM)

L'ARS a réuni de la fin avril à début juin un groupe « projets » chargé de réfléchir à la partie « santé mentale » du projet régional de santé. Quatre axes ont été travaillés :

- le parcours de prise en charge entre les modalités d'hospitalisation et de soins ambulatoires,
- le parcours de prise en charge des enfants et des adolescents,
- la prise en charge vers des actions de réhabilitation,
- la prévention dans le parcours de prise en charge.

Compte-tenu du délai supplémentaire donné par le ministère, le PRS doit désormais être finalisé pour le printemps 2018. Cela laisse un peu plus de temps à notre CPT pour proposer des éléments propres au Haut-Rhin dans le cadre du projet territorial de santé mentale. Ce projet doit être aussi concret que possible et porté des objectifs partagés et réalisables même si il ne couvre pas tout le champ des possibles. Le PTSM sera soumis à l'avis du conseil territorial de santé présidé désormais par Mme Karine Pagliarulo.

#### Nous contacter :

Téléphone : 03 80 78 70 20

Courriel : [secretariat.direction@ch-rouffach.fr](mailto:secretariat.direction@ch-rouffach.fr)

Plus d'infos sur :

<https://accounts.google.com/ServiceLogin>

Rédaction : François Courtot, secrétaire général de la CPT

## PSYCHIATRIE

# Une communauté psychiatrique de territoire est constituée dans le Haut-Rhin

Publié le 28/06/17 - 15h52 - HOSPIMEDIA

Le secteur de la psychiatrie se structure dans le département du Haut-Rhin autour d'une communauté de territoire (CPT). Une convention constitutive a ainsi été paraphée par les parties prenantes le 26 juin. Parmi les signataires figurent le CH de Rouffach, les Hôpitaux civils de Colmar, le groupe hospitalier de la région de Muhlouse et Sud-Alsace (GHRMSA) ainsi que la clinique Korian Solisana de Guebwiller, le centre médical du Roggenberg d'Altkirch, sans oublier les associations. *"Au-delà des objectifs réglementaires, la communauté psychiatrique de territoire constitue un véritable espace d'échanges et de coopération entre les différents acteurs de proximité afin de mettre en œuvre des actions communes et concertées"*, précise le CH de Rouffach dans un communiqué.

Les premiers travaux de cette nouvelle communauté sont déjà sur les rails. Trois groupes de travail ont ainsi été mis en place autour de trois thématiques. Le premier se charge des *"parcours de vie et parcours de soins"*, le second se consacre à la *"réhabilitation psychosociale"* et le troisième planche sur le projet territorial de santé mentale. L'avancée de ces travaux et leur réalisation trouveront leur écho dans le *"Flash infos CPT"*, un outil de communication développé au sein de la communauté. Les acteurs de cette dernière entendent également mener des *"études sur des thèmes de santé mentale et sur leurs déclinaisons dans le Haut-Rhin"* autour des problématiques de l'adolescence, du logement, de la schizophrénie, etc. *"Une cellule spécifiquement dédiée aux cas complexes est aussi mise en œuvre"*, ajoute le CH de Ruffach.

**Jérôme Robillard**

[Ecrire à l'auteur - Twitter](#)

DÉPÊCHE DU 10/05/2017

## Psychiatrie et GHT: quatre manières d'envisager les coopérations

**Mots-clés :** #psychiatrie #établissements de santé #médico-social #hôpital #Espic #coopérations #fédérations pro #clinique #conférences hospitalières #Île-de-France #Grand Est #Occitanie

PARIS, 10 mai 2017 (APMnews) - Quatre établissements publics de santé mentale ont présenté la manière dont ils avaient saisi la loi de santé pour instaurer des coopérations, au sein ou en dehors des GHT, lors d'une Journée nationale organisée jeudi par l'Association des établissements du service public de santé mentale (Adesm), la Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS), deux fédérations hospitalières (FHF et Fehap) et des représentants de familles et d'usagers (Unafam et Fnapsy).

Lors d'un propos introductif, le Dr Christian Müller, président de la conférence nationale des président de CME de CHS, a souhaité que la psychiatrie soit "comprise de l'ensemble des acteurs du soin, du social et du médico-social". "Nous n'avons aucune réticence" pour les groupements hospitaliers de territoire (GHT), a-t-il assuré. "Plus de la moitié des établissements sont aujourd'hui dans des GHT et nous souhaitons que ce mouvement soit poursuivi."

"Mais nous avons quelques réserves", a-t-il néanmoins ajouté, soulignant que ce n'était pas "des réserves de starlettes", mais "pour assurer le soin".

"Il nous est demandé de soigner et l'outil des soins, c'est vraiment le territoire", a-t-il également soutenu. "Les problématiques de gouvernance sont absolument essentielles", a-t-il insisté. "La clé de l'avenir, pour nous, est dans ces articulations, ces coordinations territoriales qui concernent la psychiatrie publique et la psychiatrie privée, la pédopsychiatrie et la psychiatrie infanto-juvénile, le sanitaire et le médico-social et le social, la médecine générale et la médecine spécialisée", a-t-il égrené.

Ont ensuite été présentés à travers quatre hôpitaux psychiatriques, quatre manières de s'inscrire ou non dans un GHT, quatre manières de créer des coordinations sur un territoire.

### 1. CH de Thuir: "l'opportunité" de la dérogation pour créer des groupements

Le schéma de l'organisation de la psychiatrie publique est "très clair" dans les Pyrénées-Orientales, a expliqué Philippe Banyols, directeur du centre hospitalier (CH) de Thuir. "Il y a un département, un territoire et un hôpital psy", a-t-il résumé.

"D'une certaine manière, c'est un avantage", a assuré le directeur de cet établissement qui bénéficie d'une dérogation (cf [dépêche du 04/07/2016 à 17:45](#)). "Il y a aussi un inconvénient lorsqu'on pose la question de savoir avec qui constituer une communauté psychiatrique de territoire [CPT]...", a-t-il émis.

"On se trouve confronté à quelque chose qui ressemble bien à une impasse [...]. Le CHS le plus proche, géographiquement, c'est Gérard Marchant, à Toulouse, à plus de 200 kilomètres de là et les établissements à proximité du CH de Thuir ne sont pas des établissements publics de santé mentale et donc, à ce titre, ne peuvent pas émarger" à la CPT, a-t-il regretté.

Mais "on a réfléchi": "le CH de Thuir a développé une forte culture de partenariat dans une logique de territoire et de fluidification du parcours patient, au-delà de la simple coopération sanitaire ou publique avec le secteur social et médico-social, l'éducation, la justice, la médecine libérale, les institutions privées et les élus locaux", a-t-il raconté.

"La dérogation, ce n'est pas un résultat, ni un étendard, c'est une opportunité", a-t-il asséné. "Et cette opportunité, nous allons la saisir [avec] notre expérience des partenariats" pour créer de nouveaux groupements de coopération pour l'imagerie médicale et pour l'accès au logement, a-t-il présenté. Pour rappel, le CH de Thuir est déjà inclus dans 5 groupements, le groupement de coopération sanitaire (GCS) Pharmacoopé (cf [dépêche du 20/02/2015 à 14:38](#)), le groupement d'intérêt public (GIP) Coopélog (cf [dépêche du 08/01/2015 à 19:13](#)), et 3 groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

## 2. A Paris, un GHT spécialisé avec 3 échelons

A Paris, le territoire de santé mentale correspond à celui du GHT, a expliqué Luce Legendre, directrice du groupe public de santé (GPS) Perray-Vaucluse et secrétaire générale du GHT Paris psychiatrie & neurosciences.

Elle a souligné que le "dispositif de collaboration" était ancien dans la capitale et avait été "souhaité par les professionnels". Pour rappel, le GHT est né de l'ancienne communauté hospitalière de territoire (CHT) pour la psychiatrie parisienne, et regroupe les membres de cette CHT (cf [dépêche du 08/02/2017 à 15:48](#)).

"Le projet médical commun a été adopté dès 2012, [...] et ces travaux ont conforté la notion de secteur comme niveau indispensable pour la psychiatrie de proximité", a-t-elle décrit. "Mais, là où cela devient intéressant, c'est que dès 2012, ce projet médical jetait les bases d'un niveau infra-sectoriel que l'on appelait à l'époque 'la coordination', et un troisième niveau dit 'de recours spécialisé', que la loi a confirmé sous l'appellation 'territoire de santé mentale'", a-t-elle détaillé.

Cette coopération "a été une histoire de cœur, car pour durer, il faut le désir de travailler ensemble", a-t-elle assuré, soulignant néanmoins le risque de "l'effet de taille", le GHT étant une structure "assez lourde", et le fait que la gouvernance, ancienne, "ne doit pas nous faire négliger les nouveaux partenaires".

Le Dr Catherine Boiteux, vice-présidente de la commission médicale du GHT, a cité des avancées permises par le groupement, par exemple "sur la psychiatrie du sujet âgé où nous avons de grandes difficultés à proposer un parcours humain à nos patients [...]. Ils étaient la plupart du temps non acceptés en Ehpad [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes] [...] et étaient dans des structures au long cours à des kilomètres de Paris".

"Nous avons déployé une convention avec le centre d'action sociale de la ville de Paris [CASVP] et ses Ehpad et, en un an, nous avons pu obtenir une trentaine d'admissions de ces patients [...]. Cette convention n'est pas juste une obtention de places, nous développons des formations communes, de l'évaluation [...] et nous 'matérialisons' des difficultés dont nous avions l'idée: l'addiction en Ehpad pour des patients qui n'ont jamais vu de psychiatre auparavant, ni même d'addictologue; la sexualité en Ehpad, et bientôt le cannabis en Ehpad", a-t-elle détaillé.

Elle a cité aussi les urgences, "avec la proposition du GHT de coordonner et de proposer de l'expertise [...] aux soins de première ligne. Une convention est en passe d'être signée avec les pompiers pour permettre l'accès le plus rapide possible à une structure adaptée".

### 3. GHT polyvalent: les garanties obtenues par le CH Gérard Marchant

A Toulouse, le CH Gérard Marchant est partie du GHT polyvalent Haute-Garonne et Tam ouest (cf [dépêche du 04/07/2016 à 17:45](#)). Cette coopération "s'est construite dans un climat serein, sans pression particulière, sans tabou", a assuré le Dr Radoine Haoui, le président de la CME.

"On a avancé avec beaucoup de prudence, beaucoup de pragmatisme, et on essayé de tenir compte à la fois des réalités locales, des liens tissés au fil des années, et bien sûr du niveau de confiance", a-t-il souligné.

Il a décrit un contexte local particulier, avec une forte croissance démographique à Toulouse, "une psychiatrie privée à but lucratif dominante sur la Haute-Garonne" avec "un lit public pour 3 lits privés", "une psychiatrie publique qui dispose d'atouts au CHU de Toulouse et au CH Gérard Marchant [...] mais qui avait très peu de synergie avant le GHT" et qui se caractérise par une offre de soins "saturée", un "engorgement fort sur les urgences", "une pression forte sur les lits", "des difficultés à faire sortir les patients des lits", un parcours de soin "désorganisé" où "les gens vont là où il y a de la place" et "une démographie médicale préoccupante".

"Il fallait qu'on arrive à définir une politique de santé commune, peut-être aussi de développer une stratégie de groupe public, ce qui nous amène à avoir des intérêts convergents", a-t-il assuré. "Pour trouver sa juste place, il a fallu faire en sorte que [la] voix [de Gérard Marchant] soit entendue [...] et qu'un certain nombre de garanties soient assurées", a-t-il souligné. "Il fallait que la dotation annuelle [DAF] soit sanctuarisée, que le fonctionnement [du CH] soit respecté, que les fonctions support restent actives avec la création d'une section DIM [département d'information médicale] propre à l'activité de psychiatrie et bien sûr le développement et la promotion de la recherche en psychiatrie", a-t-il détaillé.

A également été créée "d'une manière concomitante, au moment de la signature et de l'adhésion" au GHT, une CPT. La CPT a été annexée à la convention du GHT, et Gérard Marchant "a été désigné comme l'établissement référent" pour "Animer et la coordonner", les compétences de la psychiatrie au sein du GHT y "étant transférées". Et "bien sûr le projet médical partagé et le projet de soins partagé dans le domaine de la psychiatrie sont confiés à la CPT", a-t-il souligné. La CPT est présente au niveau de toutes les instances du GHT, a-t-il aussi insisté.

### 4. La CPT du Haut-Rhin contre les GHT ?

Le CH de Rouffach (Haut-Rhin) est intégré au GHT Haute-Alsace (cf [dépêche du 05/07/2016 à 15:40](#)). "Il s'agit plus d'un mariage de raison qu'un mariage d'amour -il y a peut-être aussi eu des pressions familiales, d'ailleurs...-", a remarqué François Courtot, le directeur du CH. "Mais à un moment, on a considéré que le cap étant passé, nous étions dans un GHT polyvalent et il fallait qu'à l'intérieur de ce groupement, la psychiatrie garde sa place", a-t-il jugé.

Il a insisté sur la création de la CPT du Haut-Rhin, "faite à l'initiative des 4 établissements qui gèrent des secteurs de psychiatrie dans le département, poussés par Rouffach". Les membres sont, outre Rouffach, le GHR, les Hospices civils de Colmar, et le centre médical Le Roggenberg, géré par l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (Ugecam) d'Alsace.

"Dans notre conception de la CPT, elle n'a au fond aucun lien avec le GHT", a fait valoir François Courtot. Evidemment, il doit y avoir une cohérence avec le projet médical partagé du GHT, "mais on s'est dit que la CPT était une opportunité [...]. Au fond, cette idée-là, on aurait pu l'avoir avant, mais il y a toujours ce positionnement [...] de l'établissement de santé mentale qui est un peu vécu comme un donneur de leçons par les autres établissements qui s'occupent de psychiatrie".

La particularité du Haut-Rhin est d'abriter 2 GHT, l'un autour de Mulhouse, l'autre autour de Colmar et

"Rouffach intervient dans les territoires de ces 2 GHT", a précisé le directeur. "Nous sommes membres d'un GHT et associés au 2e", a-t-il précisé. "Cela exige des exercices de style assez complexes...", a souligné le Dr Joël Oberlin, président de la CME du CH de Rouffach.

"La grande réserve qu'on pouvait avoir par rapport aux GHT était de devoir s'orienter essentiellement vers une réflexion sanitaire, alors même que notre projet était de s'ouvrir au social, au médico-social, aux usagers, aux familles, etc.", a insisté François Courtot. "La CPT a été l'occasion de régler cette affaire-là. La partie sanitaire, on la traite à l'intérieur du GHT; l'ouverture vers l'extérieur, on la fait par l'intermédiaire de [la CPT]".

Les 4 établissements de la CPT et l'ensemble des autres partenaires (patients et familles, établissements sociaux et médico-sociaux, conseils locaux...) sont "strictement à égalité" et "notre objectif est aussi peu sanitaire que possible", a-t-il insisté.

Lors de ce même colloque, Olivier Drevon, président de la branche psychiatrie de la Fédération de l'hospitalisation privée, a enjoint les cliniques à participer aux CPT (cf [dépêche du 05/05/2017 à 16:51](#)).

vl/ab/APMnews

[VL7OPOU15]

POLSAN - ETABLISSEMENTS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1980-2017 APM International -

<http://www.apmnews.com/depeche/02080/303533/psychiatrie-et-ght-quatre-manieres-d-envisager-les-cooperations>

Annexe 13 : Rosace de l'ANAP représentant les cinq portes d'entrées où sont constatées les principales ruptures dans le parcours de la personne



**DSSMS**

Promotion 2016-2017

**La pertinence de l'émergence d'une communauté  
psychiatrique de territoire, nouvel outil de  
coopération en santé mentale****Résumé :**

Une communauté psychiatrique de territoire (CPT) constitue le nouvel outil de coopération en santé mentale que la loi de modernisation de notre système de santé accorde aux établissements psychiatriques s'ils souhaitent organiser le parcours en santé mentale de patients en dehors des groupements hospitaliers de territoire dont ils sont membres.

Cette même loi instaure l'obligation pour les acteurs en santé mentale d'un territoire d'élaborer un projet territorial en santé mentale après avoir réalisé un diagnostic partagé, état des lieux des ruptures en matière de parcours de vie et de soins des personnes atteintes de troubles psychiques. Le périmètre d'action de ce projet demeure du ressort de ces acteurs en vue de faciliter les échanges et ne pas mettre en porte-à-faux les collaborations territoriales existantes. C'est pourquoi le rôle à jouer pour la CPT peut s'avérer important.

Les enjeux de sa mise en place sont nombreux et dépendent pour partie du contexte dans lequel cette CPT s'inscrit. Outre la définition d'un territoire qui apparaisse pertinent aux yeux de chaque acteur en santé mentale, nous retrouvons la volonté de permettre un certain décloisonnement entre les domaines du sanitaire, médico-social et social. La CPT n'est que la continuité d'une logique de travailler autrement, non plus entre soi mais en interconnaissance des compétences l'un de l'autre pour éviter les accidents de trajectoires. La première expérience de réunion d'acteurs sur le territoire s'est traduite par la création et le développement de conseils locaux en santé mentale (CLSM) piloté par des élus, acteurs autrefois peu conscients de l'impact de la santé mentale dans leur exercice électoral. Aujourd'hui l'un des défis à relever sera de parvenir à faire participer les usagers et surtout les professionnels libéraux, autre catégorie d'acteur essentiel dans le parcours de soins d'un patient.

Enfin, le pilotage d'une CPT par une personne dédiée, à l'image des chargés de missions des CLSM, doit être garanti pour en permettre la bonne marche.

**Mots clés :**

Communauté psychiatrique de territoire – groupement hospitalier de territoire – conseil local en santé mentale – santé mentale – psychiatrie – collaboration/coopération – ruptures de parcours – réunion d'acteurs – définition de la territorialité – projet territorial en santé mentale – interconnaissance – pilotage de projet – communication –

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*