



**EHESP**

---

**Master 2 Promotion de la Santé et  
Prévention**

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **septembre 2018**

---

**La politique de santé mentale à  
l'échelle des territoires :  
Le cas des conseils locaux de santé  
mentale en Ile de France**

---

**Salomé DAHAN**



---

# Remerciements

---

Je souhaite tout d'abord remercier le Docteur Pilar Arcella-Giroux, ma responsable de stage à l'Agence Régionale de Santé, de m'avoir si chaleureusement accueillie et guidée tout au long de ces six mois. Son savoir, sa remarquable expérience et son analyse, toujours plus fine et juste, ont enrichi ma réflexion et mes recherches. Je la remercie de m'avoir accordée sa confiance et l'autonomie dont j'avais besoin pour remplir ma mission.

Je remercie ensuite Madame Fatima Yatim-Daumas, enseignante-chercheuse à l'EHESP, de m'avoir encadrée (et recadrée) dans mon travail, ainsi que pour sa disponibilité, son accompagnement rassurant et ses pertinentes remarques, qui m'ont permis de structurer ma pensée lorsque je m'égarais.

Je salue également toutes les personnes que j'ai eu l'occasion d'interroger au cours de cette enquête ; nos longs, fructueux et sympathiques échanges ont considérablement nourri mon travail.

Mes remerciements, aussi, à toute l'équipe du Master PSP, et particulièrement Marie-Renée Guével, pour sa disponibilité sans faille, ses précieux conseils et son soutien continu.

Enfin, je tiens à remercier ma mère pour sa patience, son attentive relecture, ses nombreux encouragements compatissants et son investissement constant dans ma longue scolarité. Yoni pour sa générosité, sa folie et son humour, véritables antidotes au blues du lundi matin. Et à toute ma famille : merci de m'avoir accompagnée sans relâche jusqu'à cette dernière année d'étude. Promis, cette fois, j'arrête.



---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE I - LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE DANS LE CHAMP DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : EVOLUTIONS ET CONVERGENCES.....</b>	<b>5</b>
1. Les évolutions en psychiatrie: de la folie à la santé mentale.....	5
1.1. Folie et « traitement moral », les apports du Docteur Philippe Pinel.....	5
1.2. La révolution de la sectorisation en psychiatrie.....	6
1.3. Reconnaissance des droits et de la citoyenneté des patients.....	7
1.4. Vers la prise en compte de la santé (mentale) globale.....	8
2. La territorialisation des politiques publiques de santé : un terrain favorable au travail en réseau en santé mentale ?.....	9
2.1. Loi HPST : la notion de territoire au cœur des politiques de santé.....	10
2.2. Emergence du niveau local dans la conduite de l'action publique.....	10
2.3. Le travail en réseau, modus operandi de l'action publique en santé mentale ?.....	13
3. Les conseils locaux de santé mentale, un outil innovant de prise en compte de la santé mentale dans la Cité.....	14
3.1. Qu'est-ce qu'un CLSM ?.....	14
3.2. Un cadre législatif avant tout incitatif.....	15
3.3. Les CLSM, priorité de l'ARS Ile de France.....	16
<b>PARTIE II - ÉVALUATION DES CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE EN ILE DE FRANCE.....</b>	<b>18</b>
1. Commande de l'ARS.....	18
2. Matériels et méthode.....	18
3. Résultats.....	21
3.1. L'organisation et le fonctionnement des CLSM : une mobilisation à renforcer en vue d'un réel travail partenarial et démocratique.....	22
3.1.1. Comment se forment les partenariats ?.....	22
3.1.2. Comment le CLSM s'organise-t-il ?.....	25
3.1.3. Le CLSM, un lieu de concertation et de démocratie en santé ?.....	29
3.2. Les actions mises en œuvre : une méthodologie de projet à consolider en vue de la réalisation d'actions pertinentes.....	31
3.2.1. Une observation locale en santé mentale à renforcer.....	31

3.2.2. Une priorisation basée sur des besoins urgents .....	32
3.2.3. Un suivi à améliorer .....	34
3.2.4. Premier résultat attribué aux CLSM : amélioration des connaissances.....	35
3.3. <i>Le rôle de l'ARS : un engagement à maintenir pour une animation territoriale efficiente ...</i>	38
3.3.1. Le cofinancement, condition importante de pérennisation des CLSM sur les territoires prioritaires.....	38
3.3.2. Un besoin d'appui méthodologique pour renforcer les compétences.....	38
3.3.3. Un engagement pour le futur dans le cadre de l'organisation territoriale en santé mentale .....	39
4. Recommandations .....	42
4.1. <i>Sur le dispositif</i> .....	42
4.1.1 Structurer le dispositif autour des institutions .....	42
4.1.2. Instaurer une culture de la participation et de la démocratie (en santé).....	43
4.1.3 Renforcer la méthodologie de projet.....	43
4.2. <i>Sur l'ARS</i> .....	44
4.2.1 Consolider l'appui méthodologique.....	44
4.2.2. Veiller à la clarté du parcours des financements .....	45
4.2.3. Améliorer la démarche évaluative .....	45
4.3. <i>Sur la participation des usagers de la santé mentale</i> .....	46
4.3.1. Faire de la participation des usagers une priorité.....	46
4.3.2. Intégrer les usagers dans les instances des CLSM.....	47
4.3.3. Penser à des projets pour les usagers.....	48
4.3.4. Réfléchir aux conditions favorables à la participation .....	48
4.3.5. Faire du lien avec d'autres structures travaillant auprès du public .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
Articles.....	53
Discours .....	54
Lois, instructions et circulaires.....	54
Mémoire.....	55
Ouvrages .....	56

Rapports et enquêtes .....	56
Sites internet .....	57
Charte et Documents officiels .....	57
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
Cahier des charges .....	II
Référentiel d'évaluation .....	I
Liste des entretiens réalisés .....	I
Guide d'entretien – coordonnateurs CLSM .....	I
Guide d'entretien – référents des Délégations Départementales de l'ARS.....	III
Bilan activités 2016 – 2017.....	VI
Tableau n°1 « Caractérisation des CLSM d'Ile de France » .....	I
Tableau n°2 « Thématiques des groupes de travail » .....	II





---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASV</b>	Atelier Santé Ville
<b>CCOMS</b>	Centre Collaborateur de l'OMS
<b>CLS</b>	Contrat Local de Santé
<b>CLSM</b>	Conseil Local de Santé Mentale
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CMPP</b>	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>ESPT</b>	Elus, Santé Publique et Territoires
<b>FNAPSY</b>	Fédération nationale des patients en psychiatrie
<b>GEM</b>	Groupe d'Entraide Mutuelle
<b>IDF</b>	Ile de France
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>PTSM</b>	Projet Territorial de Santé Mentale
<b>QPV</b>	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
<b>SISM</b>	Semaine d'Information en Santé Mentale
<b>UNAFAM</b>	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques



## INTRODUCTION

La santé mentale est un concept large et multidimensionnel, qui recouvre à la fois la notion de bien-être et celle des divers troubles et maladies psychiques. Définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une partie indissociable de la santé globale<sup>1</sup>, la santé mentale est déterminée par des facteurs individuels, mais aussi sociaux, culturels, politiques, économiques et environnementaux et nécessite la mobilisation de « *l'ensemble de l'appareil gouvernemental* »<sup>2</sup>. Dès les années 90, la santé mentale devient un objet politique de santé publique pour l'OMS<sup>3</sup>. Une prise en charge globale et intersectorielle est visée, de même que l'élaboration d'une politique de prévention des troubles et de la souffrance psychiques, et de promotion de la santé mentale.

La santé mentale ne bénéficiant pas toujours d'une définition claire et consensuelle, elle est donc souvent mal comprise. Elle demeure un sujet qui suscite peurs et fantasmes négatifs, allant jusqu'à la stigmatisation et l'exclusion sociale des personnes atteintes de maladies psychiatriques et psychiques. Cependant, la maladie, ou le mal-être, mental(e) sont des enjeux majeurs de santé publique en France, puisque l'on estime qu'une personne sur cinq en est affectée chaque année, soit 12 millions de personnes<sup>4</sup>. Ces troubles ont de lourdes conséquences économiques et sociales que l'on ne peut sous-estimer et demandent une prise en charge cohérente entre les besoins existants et les moyens à y allouer.

La prise en charge des troubles psychiques, longtemps dominée par la psychiatrie, s'est vue transformée par les évolutions conceptuelles et institutionnelles du champ de la psychiatrie. La volonté d'intégrer l'offre de soins au milieu de vie des personnes ajoutée à des contraintes économiques, a graduellement mué l'action publique en santé mentale vers plus de transversalité. En effet, les problématiques liées à la santé mentale recourent aussi bien le

---

<sup>1</sup> « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », OMS, *Constitution*, adoptée par la Conférence Internationale de la Santé, tenue à New York, signée le 22 juillet 1946. Accessible à : [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)

<sup>2</sup> OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, WHO, 2013, 52p. [En ligne], URL : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessionid=6F196AE27A2DC020C957E453B8A11AE3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=6F196AE27A2DC020C957E453B8A11AE3?sequence=1)

<sup>3</sup> Bien que la santé mentale intègre le champ de la santé publique dès la création de l'OMS, ce n'est qu'à partir de 1990 que les textes français y font référence. (cf. Lovell, A.M., « Santé mentale », dans D. Fassin et B. Hauray (dir.), *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, 544p.)

<sup>4</sup> Institut Montaigne et Fondation Fondamental, *Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français*, Paris, 2014, 94p. [En ligne] URL : [http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude\\_sante\\_mentale\\_institut\\_montaigne.pdf](http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf)

domaine sanitaire que celui de l'éducation, du logement, de l'emploi et de la cohésion sociale, ce qui nécessite l'élaboration d'une nouvelle politique de santé mentale.

Par ailleurs, le champ des politiques sanitaires et sociales a également vécu une réorganisation importante par le biais de la territorialisation. Cette mise en lumière du contexte local, aussi bien dans ses besoins que dans ses ressources, tend vers une action publique intersectorielle, concertée et organisée de manière efficiente sur les territoires.

Ainsi, ces évolutions en psychiatrie et dans les politiques publiques de santé ont convergé vers la création d'espaces de concertation et de coordination locale des politiques publiques de santé mentale. Ces espaces prennent la forme de conseils locaux en santé mentale, implantés à l'échelle locale, présidés par la collectivité territoriale, en copilotage par les secteurs de psychiatrie et les usagers.

Depuis 2012, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France s'engage en faveur du développement des CLSM sur sa région, en soutenant financièrement et pédagogiquement la mise en place de nouveaux projets et en travaillant auprès des conseils existants. En 2014, deux ans après son premier appel à projets, l'ARS Ile de France a missionné le cabinet de conseils Itinère pour réaliser l'évaluation du dispositif à travers 14 CLSM. La présente étude fait suite à ce travail et propose un état des lieux de l'organisation, du fonctionnement et des actions réalisées par les CLSM franciliens. L'implication de l'ARS y est également analysée puisque le développement des CLSM reste une de ses priorités stratégiques pour les cinq années à venir.

La commande de l'ARS s'inscrit donc dans un contexte de territorialisation des politiques de santé et de l'évolution de la psychiatrie vers la conduite d'une action publique locale, coordonnée, transversale et pluri-professionnelle. Ainsi, nous nous demanderons **comment les politiques locales de santé mentale sont-elles produites et mises en œuvre sur les territoires d'Ile de France à travers les CLSM ?**

L'émergence des projets CLSM, la composition de leurs instances, l'élaboration de leurs priorités de travail, la mise en œuvre de leurs actions et le rôle que joue l'ARS dans l'animation territoriale sont analysés sur 49 territoires franciliens, afin de comprendre le mode de production de la politique de santé mentale à l'échelle locale. Des recommandations sont présentées à l'issue de notre étude. Elles pourront permettre aux acteurs locaux et à l'ARS de renforcer leur action en faveur de la santé mentale des citoyens des territoires d'Ile de France.

# PARTIE I - LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE DANS LE CHAMP DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : EVOLUTIONS ET CONVERGENCES

## 1. Les évolutions en psychiatrie: de la folie à la santé mentale

L'histoire contemporaine de la psychiatrie française marque le passage progressif des personnes souffrantes de troubles psychiques de l'asile à la Cité, de l'isolement entre les murs des prisons et hôpitaux psychiatriques à une inclusion et une prise en charge « hors les murs ».

### 1.1. Folie et « traitement moral », les apports du Docteur Philippe Pinel

Dès la fin du XVIIIème siècle, le médecin Philippe Pinel, considéré comme le père fondateur de la psychiatrie, interroge la notion de la « folie » et remet en cause les traitements des personnes « aliénées », « malades de l'esprit », internées, enchaînées et délaissées par la médecine, dans les hospices<sup>5</sup>. À la conception de l'époque qui scinde le corps et l'esprit, et oppose la maladie physique à la maladie mentale, P. Pinel propose une (ré)unification et développe l'idée d'un « traitement moral » de ces malades, visant à intégrer le traitement de la « manie » dans la médecine<sup>6</sup>. Cela induit que le praticien s'adresse à la partie consciente et raisonnable des patients<sup>7</sup>. Ainsi, avec P. Pinel, le passage du concept de folie à celui de maladie mentale redonne au malade son humanité : « *La désignation comme malade protège l'aliéné de la disqualification qu'entraîne son classement dans la catégorie des fous* »<sup>8</sup>.

Cependant, le psychiatre François Pommier rappelle que la méthode de traitement de la folie de rigueur reste l'éloignement et l'isolement, et que, bien que la vocation de la psychiatrie fût de lutter contre l'exclusion du fou en dehors de la « communauté des humains »<sup>9</sup>, l'exclusion restera tout de même recommandée comme procédé thérapeutique tout au long du XIX siècle.

La loi du 30 juin 1838<sup>10</sup> en atteste car elle stipule clairement que les aliénés doivent être reçus et traités dans des établissements spécifiques, qu'ils ne peuvent être placés dans des établissements consacrés au traitement d'autres maladies, et que seul l'avis des experts (des médecins d'établissements, des aliénistes en somme), garantissant la guérison du malade, pourra justifier leur sortie. Cette loi consacre l'internement en asile comme la mesure médicale et administrative de rigueur, en opposition aux mesures prises au préalable, c'est-à-dire,

<sup>5</sup> Galoin A., « Approche historique de la folie », *Histoire par l'image* [en ligne] URL : <http://www.histoire-image.org/fr/etudes/approche-historique-folie>

<sup>6</sup> Weiner D.B., « Sur les pas de Pinel à la Salpêtrière, d'après des documents inédits\* », *Histoire des Sciences Médicales*, 1997, Tome XXXI (vol. 1), p. 37-44.

<sup>7</sup> Pommier F., « Traitement moral, exclusion et temporalité : psychiatrie, psychanalyse et santé du bien-portant », dans J. Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 257-266.

<sup>8</sup> Oury J., *Préfaces*, Orléans, Éditions Le Pli, 2004, 202 p.

<sup>9</sup> Pommier F., *op. cit.*

<sup>10</sup> *Loi sur les aliénés*, 30 juin 1838, n°7443.

l'emprisonnement. Il est important de rappeler que « les procédures d'internement fonctionnent avec une prédominance du placement d'office sur le placement volontaire »<sup>11</sup> et que cette loi ne fut abrogée qu'en 1990.

### **1.2. La révolution de la sectorisation en psychiatrie**

Le XXème siècle voit la disparition du terme « asile » de la terminologie officielle et lui préfère « hôpital psychiatrique ». Mais cette modification étymologique ne change en rien la manière dont les malades mentaux sont traités. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la psychiatrie est bousculée et traumatisée et « *l'ensemble du dispositif institutionnel hérité du XIXème siècle est remis en question* »<sup>12</sup>. En contestation aux conditions d'enfermement des malades et aux velléités répressives de l'institution psychiatrique, les mouvements de psychiatres et infirmier.es militant.es (désaliénistes et antipsychiatriques) corrént avec le processus de sectorisation engendré dès le milieu des années 50.

En effet, le mouvement désaliéniste, dont le psychiatre Lucien Bonnafé (1912-2003) en est une figure emblématique, débute vers 1945. En rejet de la psychiatrie « officielle », un groupe de psychiatres « rebelles » souhaite développer une psychiatrie hors les murs dans « une application de santé vraiment populaire, réellement décentralisée et démocratique. » La lutte contre le dogme de la psychiatrie institutionnelle pave le chemin de la sectorisation<sup>13</sup>. Par ailleurs, en 1970, le psychiatre anglais David Cooper invente le mot « antipsychiatrie ». Se refusant d'être pour autant appelé un antipsychiatre, il pose tout de même les préceptes d'un mouvement remettant en cause les maladies mentales et leurs origines, afin de redonner aux patients leur libre arbitre<sup>14</sup>.

En outre, la circulaire du 15 mai 1960<sup>15</sup> conçoit que : « *L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* ». De plus, « *le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu* ». Ainsi, les hôpitaux psychiatriques cèdent graduellement la place à des plus petites structures, s'engageant pour le maintien des malades au sein de la cité. Le

---

<sup>11</sup> Rhenter P., « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », *Journal Français de Psychiatrie*, 2010, n°38 (vol. 3), p. 12-15.

<sup>12</sup> Horassius Jarrié N., « Le secteur de psychiatrie, histoire, organisation, éthique et déontologie », présenté à l'Ecole de la Magistrature le 18 septembre 2006

[En ligne] URL : <http://senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/ENM/horassius.pdf>

<sup>13</sup> Lengellé C., « L'esprit du secteur : Entretien avec Lucien Bonnafé », *Santé Mentale*, 2000, n°51, p. 16-20.

<sup>14</sup> Feys J-L., « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'Information psychiatrique*, 2017, n°6, (vol. 93), p. 457-463.

<sup>15</sup> Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, 15 mai 1960

mouvement de désinstitutionnalisation, prôné et soutenu par l’OMS Europe dans les années 70<sup>16</sup>, entraîne avec lui la réorganisation de l’offre de soins en santé mentale, et selon Nicole Horassius Jarrié, « *la France choisit alors une voie positive, réformatrice, nourrie d’esprit communautaire* »<sup>17</sup>.

Le processus de découpage territorial par secteurs, afin de soigner les personnes au plus près de leur lieu de vie, prévoit ainsi le déploiement d’une palette de soins de proximité s’effectuant dans les villes et les communes, dans une logique de parcours de santé. Ces divers soins sont délivrés par une même équipe pluridisciplinaire et médico-sociale, placée sous l’autorité d’un psychiatre exerçant au sein d’un établissement. La prise en charge décentralisée passe donc par plusieurs structures : les CMP (centre médico-psychologique) et CMPP (centre médico-psychopédagogique), les CATTP (centre d’accueil thérapeutique à temps partiel, HDJ (hôpitaux de jours), la psychiatrie de liaison<sup>18</sup> etc., le but étant la réinsertion sociale des individus, ou du moins, leur retour vers la communauté.

Par le vote de la loi de 1985<sup>19</sup>, la sectorisation obtient un statut légal, consacrant ainsi son objectif de désaliénation. Il est important de rappeler que les années 80 sont marquées par des contraintes budgétaires<sup>20</sup> : la nécessité de supprimer un nombre considérable de lits des hôpitaux psychiatriques publics génère inéluctablement un besoin d’orientation vers l’extra-hospitalier et l’ambulatoire dans la planification de l’offre de soins. Ainsi, la légalisation de la sectorisation ne peut être comprise en dehors du contexte économique dans lequel elle s’inscrit.

### **1.3. Reconnaissance des droits et de la citoyenneté des patients**

Il aura fallu plus d’un siècle pour que les pouvoirs publics s’attachent à la question du consentement au sujet des conditions d’hospitalisations des personnes souffrant d’un trouble mental. En effet, la loi de 1990, remplaçant celle de 1838, a transformé le vocable en instituant les hospitalisations d’office (HO), à la demande d’un tiers (HDT) ou en service libre<sup>21,22</sup>. La loi du 4 mars 2002<sup>23</sup> ira plus loin en établissant l’accès au dossier médical comme préalable nécessaire à un consentement « libre et éclairé aux soins »<sup>24</sup>. La loi de 2005<sup>25</sup>, quant à elle, inaugure le terme

---

<sup>16</sup> Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., & Mousquès M., (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d’organisation », *Questions d’économie de la santé*, 2009, n°145, p.1-8.

<sup>17</sup> Horassius Jarrié N, *art. cit.*

<sup>18</sup> Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., & Mousquès M., *op.cit.*

<sup>19</sup> *Loi portant diverses dispositions d’ordre social*, 25 juillet 1985, n°85-772, art. 8.

<sup>20</sup> Sylvie Biarrez rappelle qu’entre 1984 et 1988, 40 000 lits doivent être supprimés (dans « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) », *Revue française d’administration publique*, 2004, n°111 (vol. 3), p. 517-531.

<sup>21</sup> Service-Public.fr, « Fiche pratique : Hospitalisation pour troubles mentaux », vérifiée le 2 juillet 2018 <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>

<sup>22</sup> Beydon, N., « Les soins sous contraintes », *EMPAN*, 2013, n°89 (vol. 1), p. 85-89.

<sup>23</sup> *Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, 4 mars 2002, n°2002-303, art. 1, 11, 14.

<sup>24</sup> Rhenter, P., *art. cit.*

de handicap psychique dans la loi française, donnant accès aux personnes concernées aux mêmes droits que les personnes en situations de handicap. Enfin, la loi du 5 juillet 2011<sup>26</sup> modifie les modalités d'hospitalisations sans consentement : l'introduction d'un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de toute hospitalisation sans consentement prolongée au-delà de quinze jours et de la notion « d'obligation de soins » pouvant se décliner en ambulatoire<sup>27</sup>.

Comme le note Nicole Beydon, « nous constatons ainsi au fil de l'histoire, au travers d'une dénomination changeante, une évolution de la conception de la maladie mentale : avec le passage du terme de "placement" [dans la loi de 1838] à celui "d'hospitalisation" et, en 2011, à celui de "soins psychiatriques" »<sup>28</sup>.

Les évolutions législatives dans la reconnaissance des droits des individus, de leurs réalités, de leur citoyenneté résultent aussi de l'action des associations dont l'Unafam<sup>29</sup> et la Fnapsy<sup>30</sup>, ainsi que des GEM (groupes d'entraide mutuelle) créés par la loi de 2005, œuvrant pour le respect de l'intégrité des personnes, la reconnaissance de leurs droits et tentant, par le biais d'une seule voix de (re)donner aux personnes une place dans la Cité. La parole des personnes souvent désignées comme les usagers (des soins et services de la psychiatrie) prend une place plus importante dans les débats publics et leur participation dans les instances de démocratie en santé est souhaitée.

#### **1.4. Vers la prise en compte de la santé (mentale) globale**

Dès 1946, dans sa constitution, l'OMS définit la santé comme « un état complet de **bien-être physique, mental et social** et [qui] ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »<sup>31</sup>.

Elle définit également la santé mentale comme : « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »<sup>32</sup>. La santé mentale est donc partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. Toujours selon l'OMS, la santé mentale est déterminée par des facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux et s'inscrit donc dans un modèle

---

<sup>25</sup> Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 11 février 2005, n°2005-102, art. 2, 4, 8, 9.

<sup>26</sup> Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 5 juillet 2011, n°2011-803, art. 1.

<sup>27</sup> Rhenter, P., *art.cit.*

<sup>28</sup> Beydon N., *art. cit.*

<sup>29</sup> L'Union Nationale des Amis et des Familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

<sup>30</sup> La Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie.

<sup>31</sup> OMS, *op. cit.*

<sup>32</sup> OMS, « La santé mentale : renforcer notre action », §2 <http://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, dernière mise à jour le 30 mars 2018



écologique<sup>33</sup>. La promotion de la santé, régie par la charte d'Ottawa<sup>34</sup>, vise à intervenir sur les déterminants sociaux de la santé dans le but de réduire les inégalités sociales de santé.

Cette conception de la santé invite donc tous les acteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux et politiques à travailler en intersectorialité, puisque, comme le rappelle Lise Demailly : « *La politique de santé mentale n'est pas seulement une question sanitaire, psychiatrique, elle concerne les orientations et l'organisation du médico-social, d'une partie du travail social et de certains aspects des politiques de logement, d'éducation et des politiques pénales.* »<sup>35</sup>. Cette politique de santé mentale s'est donc façonnée par les multiples évolutions qu'a traversé la psychiatrie, jusqu'alors seule maître à bord de la prise en charge de la (maladie) santé mentale, mais qui, aujourd'hui doit faire de la place à d'autres partenaires. La santé mentale étant l'affaire de tous, sa politique ne peut être mise en œuvre sans la participation de tous les acteurs de la Cité.

Puisque « *l'ampleur des troubles mentaux fait de la santé mentale une priorité en termes de santé publique* »<sup>36</sup> l'action publique est forcée de s'adapter aux nouveaux enjeux de société auxquels elle doit faire face en apportant une réponse adaptée. Dans la partie suivante seront donc présentées les transformations qu'ont connues les politiques publiques de santé et le modèle de l'action publique adopté de nos jours.

## **2. La territorialisation des politiques publiques de santé : un terrain favorable au travail en réseau en santé mentale ?**

Selon Jeanne-Marie Amat-Roze, le processus de territorialisation de la santé résulte d'événements qui ont contraints les pouvoirs publics à « *adapter l'offre de soins aux besoins plutôt que l'inverse* »<sup>37</sup>. Le champ de la santé publique s'est progressivement ouvert à la territorialisation de ses politiques grâce à une prise de conscience graduelle des disparités territoriales en matière de santé. La nécessité de réfléchir à la santé de manière globale, déterminée par des facteurs socio-environnementaux, implique un changement de paradigme qui a fait l'objet de plusieurs textes de lois. Ainsi, les politiques publiques de santé se

---

<sup>33</sup> Whitehead, M., Dahlgren G., « What can we do about inequalities in health. », *The Lancet*, 1991, n° 338, p. 1059–1063.

<sup>34</sup> OMS, *Charte d'Ottawa*, adoptée le 21 novembre 1986. Accessible à :

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)

<sup>35</sup> Demailly L., « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 18 juin 2014. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4653>

<sup>36</sup> Lamboy B., « La santé mentale : état des lieux et problématique », *Santé Publique*, 2005, n°4 (vol. 17), p. 583-596.

<sup>37</sup> Amat-Roze, J.-M., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 2011, n°143 (vol. 4), p. 13-32.

régionalisent<sup>38,39,40</sup> et s’ancrent dans les réalités des territoires. La définition cohérente de ces territoires et l’échelle adéquate de leur périmètre d’intervention interrogent de nombreux auteurs. Nous retiendrons ici que « territoire » est un terme polysémique qui traduit « *une action publique proche de ses citoyens* »<sup>41</sup>, où l’on retrouve les notions de décentralisation et de déconcentration. Un territoire peut être aussi « *un outil de lecture des phénomènes sociaux* »<sup>42</sup> qui vise à « *optimiser les ressources et lutter contre les inégalités* »<sup>43</sup>.

## **2.1. Loi HPST : la notion de territoire au cœur des politiques de santé**

Introduite en 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires<sup>44</sup> (dite loi HPST) définit une nouvelle organisation du champ sanitaire et médico-social qui, en plaçant « les territoires au cœur de la réforme »<sup>45</sup>, offre une organisation territoriale du système de santé. Cette approche vise, entre autres, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la territorialisation des politiques et la coordination entre l’offre de soins hospitalière et ambulatoire, la prévention, la promotion de la santé et le médico-social. Ces objectifs sont réalisés par les nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS), qui fixent les orientations et les objectifs de santé pour la région à travers les projets régionaux de santé (PRS)<sup>46</sup>, dans le but d’adapter la politique de santé, définie au niveau national à l’échelle régionale, aux besoins et spécificités de chaque territoire.

Les réformes visées par cette loi sont nombreuses et impliquent une réelle et profonde transformation du système de santé. Les enjeux sont donc importants et parmi les questions qui semblent tarauder acteurs et chercheurs figurent les interrogations suivantes : quels territoires, quels modes d’interventions pour quels objectifs ?

## **2.2. Emergence du niveau local dans la conduite de l’action publique**

La loi HPST prévoit des échelons plus locaux dans l’organisation des soins (tels que les communautés hospitalières territoriales) et tente de rassembler les différents acteurs du système

---

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> Rican, S., Vaillant, Z. « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, 2009, vol. 27, p. 33-42.

<sup>40</sup> Muller-Quoy, I., « V. La territorialisation des politiques sanitaires », *Droits et gestion des collectivités territoriales*, 2009, tome 29, p. 79-89.

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> David, O., « Agir à l’échelon des territoires : une évidence, des risques », *La Santé de l’Homme*, 2006, n°383, p. 18-20.

<sup>43</sup> Le Grand, E., Laurent-Becq, A., « Développer une approche territorialisée de la santé », *La Santé de l’Homme*, 2006, p. 16-17.

<sup>44</sup> *Loi portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 21 juillet 2009, n°2009-879

<sup>45</sup> Vignerot, E., « Les territoires au cœur de la réforme », *Droits et santé*, n°26, p. 689.

<sup>46</sup> El Ghazi, L., « Les politiques municipales de santé publique », *Les Tribunes de la Santé*, 2012, n°34, (vol. 1), p. 19-33.

de santé d'un territoire à travers les conférences des territoires<sup>47</sup>, remplacés par les conseils territoriaux de santé par la loi de 2016. Serait-il donc possible de considérer le niveau local comme le mode d'intervention pertinent à une action sanitaire et sociale territorialisée ? Pour Olivier David, « *la définition de politiques à l'échelle locale permet de proposer des réponses globales et transversales, calées sur les réalités sociales et territoriales* »<sup>48</sup>. Ceci permet aux acteurs locaux de traiter des problèmes sociaux multifactoriels et d'apporter une réponse locale et coordonnée aux besoins des populations.

Un des outils de mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local est le contrat local de santé, également introduit par la loi de 2009. Selon cette loi « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet d'un contrat local de santé, conclu notamment avec les collectivités locales et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* »<sup>49</sup>. Ce contrat, mis en œuvre sur un territoire de proximité identifié comme prioritaire, est porté conjointement par l'ARS et la collectivité territoriale. Il participe à l'élaboration des dynamiques territoriales en associant une pluralité d'acteurs tels que les préfets, les services de l'Etat, les professionnels de santé et les associations du territoire<sup>50</sup>. Afin de remplir son objectif premier, à savoir la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et de prendre en compte tous les déterminants des problématiques de santé du territoire, le contrat se fonde sur un diagnostic local de santé : cela permet de mettre en lumière les besoins et d'axer les priorités de travail.

Cette démarche d'analyse de situation s'inscrit dans la continuité des travaux menés par les Ateliers Santé Ville (ASV). Mis en place par le Comité Interministériel de la Ville en 1999, l'Atelier Santé Ville est avant tout une démarche qui vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est aussi un dispositif qui s'inscrit dans la contractualisation de la politique de la ville entre la collectivité territoriale et l'Etat<sup>51</sup>. Les ASV ont été les fervents précurseurs des diagnostics locaux de santé.

Les CLS et ASV, outils de gouvernance locale, sont similaires en plusieurs points, dont deux particulièrement intéressants. Il s'agit de démarches ascendantes qui partent des spécificités des territoires (les besoins, les ressources, les acteurs) et allient la collectivité territoriale aux services de l'Etat, en passant par les acteurs locaux et les habitants. De plus, ils permettent de mobiliser les élus locaux sur des sujets de santé précis, qui les insèrent dans la politique locale de santé publique, et ainsi promeuvent les compétences en santé de la collectivité territoriale.

---

<sup>47</sup> Rican, S., Vaillant, Z., *art. cit.*

<sup>48</sup> Olivier, D., *art. cit.*

<sup>49</sup> *Code de la santé publique*, Art. L. 1434-17.

<sup>50</sup> Agence Régionale de Santé, *Contrat locaux de santé, agir ensemble pour la santé des citoyens au coeur des territoires*, octobre 2012. [En ligne] URL: [www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte\\_territoire\\_sante\\_-\\_plaquette\\_-\\_contrats\\_locaux\\_sante.pdf](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_-_contrats_locaux_sante.pdf)

<sup>51</sup> Fabrique Territoire Santé, « L'Atelier santé ville, c'est quoi? », [www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi](http://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi), dernière mise à jour 13.10.2016

Le rôle des élu(e)s locaux face à la souffrance psychique de leurs concitoyens apparaît comme un élément important de la prise en compte de la santé mentale dans l'agenda municipal. À partir de 2003, des travaux de recherche sont menés sur la relation entre les élus locaux et la santé mentale : les études de l'ONSMP-ORSPERE<sup>52</sup> démontrent que les élus locaux sont des acteurs de première ligne, souvent directement confrontés à la souffrance des habitants, notamment psychique. En outre, par manque de compétences, c'est-à-dire de formation et d'information en santé mentale, ils peuvent se trouver en difficulté face à des problématiques psychosociales complexes, qui s'expriment au travers d'un large panel de situations (problèmes de voisinage, incurie, troubles à la tranquillité publique...). Cela est particulièrement prégnant dans le cas des soins sous contraintes pour lesquels le Maire peut être amené à édicter un arrêté prononçant l'admission de la personne concernée dans un établissement de santé, en attendant une réponse du préfet (qui dispose de la compétence de principe pour prononcer des soins non-consentis). Selon le Code de la Santé Publique, les élus locaux sont légalement responsables de la gestion provisoire des troubles à l'ordre public en lien avec un trouble mental<sup>53</sup>. Cependant, il est aisé d'imaginer les difficultés d'application et de mise en œuvre du dispositif de soins sous contraintes pour les Maires et les services communaux, ce qu'ont également remarqué les chercheurs de l'ONSMP. Enfin, les diagnostics locaux réalisés dans le cadre des ASV et des CLS ont régulièrement pointé la santé mentale des habitants comme une priorité d'action, ce qui invite les élus à se mobiliser davantage afin de trouver des solutions locales adaptées et efficaces.

La territorialisation des politiques de santé publique a promu l'échelle locale comme un lieu adéquat à la conduite de l'action sanitaire et sociale sur les territoires, puisqu'elle permet d'agir au plus près des besoins des populations d'un territoire donné. Cela engendre également un processus de gouvernance locale des questions de santé. Ainsi s'ouvrent les portes de la cité à la santé mentale, sujet qui préoccupe et interroge habitants, professionnels et élus locaux. Mais, la diversité des structures et acteurs de la cité accueillant le public nécessite de mettre en place un travail en réseau coordonné et concerté.

---

<sup>52</sup> Bertolotto, F., « Fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale », *Rhizome*, 2006, n°24, p. 5-6.

<sup>53</sup> Code de la santé publique, articles L. 3213-1 et L.3213-2. « *En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires* ». Cependant, depuis 2006 (n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011), la prise en charge en soins psychiatriques sur décision du maire doit désormais être impérativement fondée sur un certificat médical ou, à défaut, un avis rendu par un médecin. (Agence Régionale de Santé Ile de France, *Soins psychiatriques sans consentement : Guide à l'intention des maires et des services communaux*, 2015, 76p. [En ligne] URL : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide\\_Psy-sans-consentement-2015.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide_Psy-sans-consentement-2015.pdf))

### 2.3. *Le travail en réseau, modus operandi de l'action publique en santé mentale ?*

En 2004, l'OMS rappelle que « *désinstitutionnaliser [...] est un processus complexe qui devrait conduire à la mise en place d'un réseau de services d'une autre sorte hors institutions psychiatriques* »<sup>54</sup>. Puis, à travers la stratégie européenne de santé mentale, elle met en avant l'importance des décloisonnements et des partenariats multisectoriels<sup>55</sup>. Par ailleurs, la politologue Pauline Rhenter démontre que le développement de partenariats locaux en santé mentale résulte de la volonté de « *décloisonner le travail entre professions, institutions et associations, supprimer les clivages entre le sanitaire et les autres secteurs* » dans le but de « *développer une approche transversale des problématiques de santé mentale (logement, insertion, sécurité, etc.)* »<sup>56</sup>. Ces propos réitèrent le besoin de concevoir l'action publique en santé mentale de manière transversale et inter-partenaire en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – en somme, en s'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé.

Comme l'évoquait déjà le psychiatre et directeur du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Jean-Luc Roelandt en 2002, « *les institutions sont cloisonnées* »<sup>57</sup>. Ainsi, il semblerait que le réseau soit un mode opératoire qui permettrait de pallier à cette difficulté. Pour lui, le réseau est un outil de mise en œuvre d'un partenariat et d'un décloisonnement des pratiques nécessaires à la démocratie sanitaire en santé mentale. Il semblerait aussi que la rupture avec le modèle hospitalo-centré de la psychiatrie ait engendré un éclatement de l'institution en une multitude de structures extrahospitalières d'accueil et de soins. Selon un groupe d'animateurs travaillant auprès du public cible, ce(s) phénomène(s) ainsi que les difficultés à allier tous les acteurs du médical, médico-social et social, ont donné naissance à un « *fourmillement et une dispersion des lieux qui tentent aujourd'hui d'accueillir les personnes en souffrance psychique* »<sup>58</sup>. Ils voient donc le conseil local de santé mentale comme une tentative de réponse à cette démultiplication d'acteurs et de structures.

---

<sup>54</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *La Situation de Santé Mentale*, 2004 [En ligne] [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Situation\\_de\\_sante\\_mentale\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf)

<sup>55</sup> Centre Collaborateur de l'OMS, « Historique et cadre législatif des CLSM », <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/historique-et-cadre-legislatif-des-clsm/>

<sup>56</sup> Rhenter, P., « Le conseil local de santé mentale : nouvel outil d'empowerment des usagers ? », *La Santé de l'Homme*, 2011, n°413, p. 34-36

<sup>57</sup> Roelandt, J-L., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, rapport remis au ministre délégué à la santé le 12 avril 2002.

<sup>58</sup> Monsaingeon C., Mugnier, C., Sabatier, J. & Vaillant, A. "En partant des GEM : je trame, nous tramons", *Pratiques en Santé Mentale*, 2, 2018, p. 37-40.

### 3. Les conseils locaux de santé mentale, un outil innovant de prise en compte de la santé mentale dans la Cité

Nous pouvons ainsi concevoir les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) comme le lieu de convergence des deux grands mouvements qui ont transformé l'action publique en santé mentale vers davantage de transversalité et de pluridisciplinarité.

#### 3.1. Qu'est-ce qu'un CLSM ?

Défini par le CCOMS comme une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants, **le CLSM a pour objectif de définir des politiques locales et des actions promouvant l'amélioration de la santé mentale des populations**<sup>59</sup>. Les objectifs stratégiques sont :

- Mettre en place une observation en santé mentale ;
- Permettre l'accès et la continuité des soins ;
- Favoriser l'inclusion sociale et l'autonomie des usagers ;
- Participer aux actions de lutte contre la stigmatisation ;
- Promouvoir la santé mentale.

Les objectifs opérationnels portent sur la priorisation d'axes de travail en fonction des besoins, sur le développement d'une stratégie locale et la mise en œuvre d'actions qui répondent à ces besoins et sur la création d'un partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions. Le conseil est présidé par le Maire ou l' élu désigné par le groupement de communes et requiert donc une volonté politique locale forte<sup>60</sup>.

Pour Pilar Arcella-Giroux et Chrystelle Berthon, chargées d'appui aux CLMS à l'Agence Régionale de Santé Ile de France, les CLSM permettent « *de décloisonner les différents services, structures et institutions et de conforter l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique*<sup>61</sup> ». Faisant écho aux propos de Lise Demailly précédemment évoqué, elles indiquent que les CLSM s'inscrivent pleinement dans une politique de santé « *sachant intégrer aspects sanitaires et aspects non sanitaires de la prévention en santé mentale et de la prise en charge des usagers de la psychiatrie dans leur parcours de vie* ». Intégrer ces différents aspects et, de même leurs différents acteurs, ne signifie pas de former un réseau de professionnels. Comme le rappelle Jean-Luc Roelandt, « *le conseil local n'est absolument pas un réseau de santé* » mais «

---

<sup>59</sup> Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, « Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) », 2013. [En ligne] URL : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf>

<sup>60</sup> Arcella-Giroux, P., Berthon, C., « Les ARS et le développement des CLSM », *L'Information Psychiatrique*, 2015, 7 (vol. 91), p. 586-590.

<sup>61</sup> *Ibid.*

*un outil de la démocratie sanitaire et de la démocratie toute simple* »<sup>62</sup>. Il est donc important de noter la différence entre le travail en réseau et les réseaux de professionnels ; c'est bien le premier qui est l'outil, ou l'opérationnalisation, de la concertation et coordination visées par les CLSM.

### **3.2. Un cadre législatif avant tout incitatif**

Bien que les CLSM ne soient pas régis par un cadre législatif défini et donc obligatoire, ceux-ci répondent néanmoins à une série de recommandations émanant des pouvoirs publics. Dès 1972, une circulaire<sup>63</sup> recommande la création « d'organismes consultatifs qui pourraient être dénommés « conseil de santé mentale de secteur ». Par ailleurs, deux ans plus tard, une circulaire<sup>64</sup> presse la création de ces conseils, et prévoit un calendrier de réunions pluriannuelles.

Le rapport « Roelandt » de 2002<sup>65</sup>, remis au ministre de la santé, énonce que « *la mise en œuvre de la politique de santé mentale [...] affectent des échelons territoriaux beaucoup plus fins, tels que le secteur de psychiatrie, la commune ou l'intercommunalité* ». L'auteur pose ensuite un cadre qui influencera quelques années plus tard la structure que prendront les conseils locaux de santé mentale :

*« Il doit être laissé à l'initiative locale mais être doté d'un outil juridique en cas de création et d'un cahier des charges précis », « il demande à penser le secteur comme pôle de soins spécialisés intégré dans un réseau de santé ouvert, horizontal, non hiérarchisé, coordonné ». « Le maire ou son délégué doit en être le président, les équipes de secteur sont tenues d'y être représentées, ainsi que les usagers et le Conseil général, les médecins généralistes, les professionnels de santé etc. »*

De plus, les Plans de Santé Mentale (2005-2008 et 2011-2015) encouragent fortement la création des conseils locaux de santé mentale<sup>66</sup>. Deux rapports ministériels s'inscrivent dans la continuité des préconisations de Jean-Luc Roelandt et tirent des conclusions similaires. En 2013, le rapporteur de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Denys Robillard, présente le CLSM comme un outil novateur pour les secteurs psychiatriques : « *Le CLSM permet donc une véritable prise en charge globale et participe de la "dé-stigmatisation" des malades. Il*

---

<sup>62</sup> Roelandt, J-L., « Les clsm, outils essentiels de la démocratie sanitaire », discours tenu à la 3e rencontre nationale de l'association Élus, Santé Publique et Territoires, 18 septembre 2014. Accessible en ligne: URL [http://www.espt.asso.fr/images/ACTIVITES/cat-journees\\_d-etude/1409\\_JE15\\_clsmsism\\_ouverture\\_JL-ROELANDT.pdf](http://www.espt.asso.fr/images/ACTIVITES/cat-journees_d-etude/1409_JE15_clsmsism_ouverture_JL-ROELANDT.pdf)

<sup>63</sup> Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

<sup>64</sup> Circulaire n°78 du 15 janvier 1974 relative aux conseils de santé mentale de secteur (mise en place de la sectorisation psychiatrique)

<sup>65</sup> Roelandt, J-L., *op. cit.*

<sup>66</sup> CCOMS, *art. cit.*



est un cadre de mobilisation des dispositifs de droit commun »<sup>67</sup>. Trois ans plus tard, dans son rapport<sup>68</sup> remis à Marisol Touraine, Michel Laforcade, directeur général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, invite les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à s'engager dans un travail de collaboration au travers des CLSM, afin d'améliorer les parcours de santé et de vie et de pallier les ruptures de prises en charge.

Par ailleurs, la Cour des Comptes, ainsi que le Haut Conseil de Santé Publique, adhèrent à la recommandation des Plans de Santé Mentale, puisqu'ils considèrent les CLSM comme des outils permettant d'intégrer la santé mentale dans la cité et de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux et recommandent leur généralisation<sup>69</sup>. Par ailleurs, l'articulation entre les CLSM et les contrats de ville se dessinent à travers une circulaire<sup>70</sup> en 2014 et une instruction ministérielle<sup>71</sup> en 2016, qui préconisent l'intégration des CLSM pour le volet santé mentale des contrats de ville. Les articles 67 et 69 de la loi de 2016<sup>72</sup> donnent enfin aux CLSM une reconnaissance réglementaire et leur confèrent un rôle primordial dans l'élaboration des politiques publiques du champ. La loi les reconnaît comme des outils opérationnels de démocratie participative et inscrit les acteurs de prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale. Enfin, la consolidation des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) implique également la nécessité d'intégrer les CLSM dans l'élaboration des projets à venir, notamment à travers la réalisation du diagnostic territorial partagé<sup>73</sup>.

### **3.3. Les CLSM, priorité de l'ARS Ile de France**

En filigrane de ces évolutions législatives, les Agences Régionales de Santé sont, au fur et à mesure, amenées à jouer un rôle stratégique et méthodologique dans le déploiement des CLSM sur leur région, puisqu'elles sont notamment en charge de l'animation de la démarche d'élaboration des PTSM. Elles doivent veiller à ce que tous les acteurs concernés s'y associent, dans le but d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé

---

<sup>67</sup> Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, présenté par Denys Robiliard le 18 décembre 2013. [En ligne] URL : [http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp#P1513\\_203637](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp#P1513_203637)

<sup>68</sup> Rapport relatif à la santé mentale, présenté par Michel Laforcade et remis le 10 octobre 2016. [En ligne] URL : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

<sup>69</sup> Arcella-Giroux, P., Berthon, C., *art. cit.*

<sup>70</sup> Circulaire relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville, 5 décembre 2014, n°SG/CGET/2014/376

<sup>71</sup> Instruction relative à la consolidation et généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville, 30 septembre 2016, n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016

<sup>72</sup> *Loi de modernisation de notre système de santé*, 26 janvier 2016, n°2016-41.

<sup>73</sup> Instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale, 5 juin 2018, N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137.



mentale et développer des dispositifs d'inclusion des personnes vivant avec un trouble psychique<sup>74</sup>.

En Ile de France, l'Agence s'est fixée pour objectif de promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale, envisagée dans son acceptation large<sup>75</sup>. Dans le premier Projet Régional de Santé (2013-2017), elle fait du développement des CLSM une priorité stratégique. Ainsi, à partir de 2012, l'ARS Ile de France a mis en place un projet stratégique régional afin de soutenir la démarche d'implantation et de développement des CLSM. Ce, entre autres, en subventionnant à 50% les postes de coordonnateurs pour les villes éligibles. Mais aussi, en apportant un accompagnement pédagogique à la mise en place des CLSM auprès des élus locaux et des responsables des secteurs psychiatriques. Inscrits dans la fiche santé mentale du Projet Régional de Santé 2018-2022, les CLSM sont qualifiés d'outils privilégiés pour la prise en compte de la santé mentale dans la cité et leur nombre est prévu de doubler sur la région d'ici 2022.

---

<sup>74</sup> Agence Régionale de Santé Ile de France, *Projet Régional de Santé 2018-2022, Paris, 2018*. [En ligne] URL : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2-schema-regional-sante.pdf>

<sup>75</sup> Agence Régionale de Santé, *Cahier des Charges des Conseils Locaux de Santé mentale 2018-2022*, préambule. A consulter en Annexe n°1.

## **PARTIE II - ÉVALUATION DES CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE EN ILE DE FRANCE**

### **1. Commande de l'ARS**

On compte aujourd'hui 62 CLSM actifs en Ile de France et 14 sont en projet (en cours de démarrage ou de constitution). L'ARS Ile de France, quant à elle, subventionne 47 postes de coordonnateurs. Dans le cadre du suivi du projet régional, en 2014, l'ARS Ile de France a confié l'évaluation du dispositif au cabinet de conseils Itinère, qui, à travers l'analyse exhaustive des 14 CLSM co-financés de la région à l'époque, s'est attaché à identifier les freins et les leviers relatifs à l'implantation, au développement et à la pérennisation du dispositif en Ile de France.

La mission du stage était donc de poursuivre l'évaluation conduite par le cabinet Itinère. Ainsi, l'organisation, le fonctionnement et les actions mises en œuvre par les CLSM ont été ici contextualisés et analysés pour les années 2016/2017. Cette évaluation soulève à nouveau le rôle de l'ARS dans le développement des CLSM et les limites de son soutien.

Compte tenu de la commande de l'ARS, inscrite dans un contexte de territorialisation des politiques de santé et de l'évolution de la psychiatrie vers la conduite d'une action publique locale, coordonnée, transversale et pluri-professionnelle, il en ressort la problématique suivante :

**Comment les politiques locales de santé mentale sont produites et mises en œuvre sur les territoires d'Ile de France à travers les CLSM ?**

### **2. Matériels et méthode**

- ***Exploration du sujet et de la commande***

Au cours de la première phase de la mission, la lecture approfondie du rapport d'évaluation du cabinet de conseils Itinère et les différents documents intermédiaires (planification, ébauche de résultats, comptes-rendus des ateliers d'élaboration des recommandations...) a permis de poser le cadre de la mission et de définir les objectifs de la version 2018 de l'évaluation.

Par ailleurs, les échanges avec la responsable au sein de l'ARS ont donné naissance au protocole de l'enquête à mener, figurant le volet qualitatif de l'évaluation.

- ***Recueil de données***

La collecte des données a tout d'abord consisté au recueil des bilans d'activités remplis par les coordonnateurs des CLSM d'Ile de France. Au total, **49** bilans ont été reçus: 43 en réponse à

l'enquête biannuelle menée par l'ARS dans le cadre du suivi de leur action, et 6 transmis par le CCOMS, pour la deuxième fois, réalise un état des lieux national des CLSM et a accepté de partager ses données concernant l'Ile de France.

Les **données** émanant des bilans d'activités sont à la fois **quantitatives et qualitatives** et portent sur les aspects suivants des CLSM (cf. annexe n°6) :

- la coordination
- le territoire
- la genèse du dispositif
- la gouvernance
- les partenariats et les activités mis en œuvre
- les principaux effets de la constitution du CLSM.

La majorité des questions posées sont fermées, à choix multiple, ou binaire ("oui", "non"). Une partie composée de questions ouvertes invite les coordonnateurs, ou les personnes qui remplissent le bilan, à émettre leurs souhaits, les difficultés rencontrées, les projets en cours, les nouveaux partenaires visés...

Les bilans d'activités n'étant pas systématiquement complétés et afin de creuser les points non abordés, une **enquête qualitative** a ensuite été menée auprès des coordonnateurs. Il s'agissait aussi de clarifier les conditions de réussite du développement des CLSM et de mettre en lumière les pistes d'amélioration de la démarche évaluative. L'échantillon a, en premier lieu, été construit en fonction de l'état du bilan reçu: complet, partiel ou vide. La sélection des coordonnateurs s'est ensuite faite de manière aléatoire. Cependant, compte tenu des contraintes administratives et temporelles, seuls les coordonnateurs ayant répondu à l'appel, et ceux désignés par les référents des délégations départementales (DD), ont été retenus. Au total, **14 coordonnateurs** ont été entendus au cours de **13 entretiens** semi-directifs (dont 2 entretiens collectifs). Les questions étaient ouvertes, descriptives, narratives, structurales et évaluatives (cf. annexe n°4).

Des entretiens ont également été menés avec les référents des DD de l'ARS, en charge du dossier CLSM sur les territoires (cf. annexe n°5). Seuls **2** délégations ont répondu et **3** référents ont été interrogés.

Afin de nourrir la réflexion, une enquête qualitative a été menée en parallèle auprès d'acteurs "externes", en lien avec les CLSM au niveau régional ou national (cf. annexe n°3). L'objectif de ces

entretiens était, notamment, d'explorer la question de la représentation et la participation des "usagers" de la santé mentale dans les dispositifs publics. 5 entretiens ont été réalisés auprès de 5 structures.

Notre étude porte donc sur un total de **20 entretiens menés auprès de 22 participants et 49 bilans d'activités.**

L'analyse des informations s'est organisée autour de 3 axes et 3 questions évaluatives (cf. annexe n°2):

**Axe 1 : Efficacité des modalités de mise en œuvre des CLSM**

*Question 1 : Dans quelle(s) mesure(s) le fonctionnement et l'organisation des CLSM permettent-ils la réalisation des missions du CLSM ?*

**Axe 2 : Pertinence des actions proposées par les CLSM**

*Question 2 : Comment les CLSM parviennent-ils à proposer et mettre en œuvre des solutions concrètes face aux priorités levées ?*

**Axe 3 : Efficacité des actions de l'ARS en soutien aux CLSM**

*Question 3 : Dans quelle(s) mesure(s) le(s) action(s) de l'ARS permet-elle de soutenir l'implantation et le développement des CLSM sur les territoires ?*

- **Revue de littérature**

La revue de littérature a consisté en la consultation de la littérature grise et de fiches actions sur certains CLSM franciliens et nationaux, de la littérature académique et scientifique sur le sujet et des rapports ministériels.

- **Discussion**

Ce travail s'appuie sur la mobilisation de données quantitatives et qualitatives; la taille de l'échantillon et le taux de retour de bilans d'activités (74.2%<sup>76</sup>) sont satisfaisants. Tout ceci fait la force de la méthodologie de ce travail. Cependant, il est essentiel de constater les limites impactant la validité et la fiabilité des résultats présentés.

En premier lieu, bien que 74.2% des bilans envoyés ont été reçus, au moins 20% ne contenait aucune ou très peu d'informations.

De plus, le caractère fermé et majoritairement binaire des questions posées dans les bilans peut

---

<sup>76</sup> Soit 49 bilans d'activités reçus pour 62 CLSM en activité en Ile de France à ce jour.

inviter à des réponses lacunaires. Bien que des entretiens semi-directifs aient été menés, et qu'ils aient permis d'élucider certains résultats de l'analyse quantitative des bilans d'activités, cette évaluation se fonde essentiellement sur des sources documentaires primaires *a posteriori*, qui engendre donc une possibilité de biais de mémoire ou d'omission d'informations. Par ailleurs, seul le point de vue des coordonnateurs est exprimé.

Enfin, l'échantillon de l'enquête auprès des coordonnateurs et des référents des DD, initialement sélectionné aléatoirement, s'est transformé en « échantillon de commodité » ou en « échantillon boule de neige »<sup>77</sup>. Afin de répondre aux demandes de certains coordonnateurs ou de pallier les contraintes temporelles de chacun, seuls les coordonnateurs se portant volontaires ont été entendus. Ainsi, nous avons constaté une surreprésentation d'un département dans l'échantillon, ceci limitant sa représentativité.

De manière plus générale, la question de la représentativité des CLSM se pose car leur hétérogénéité, s'expliquant entre autres par la diversité des territoires (en termes de besoins et de ressources) et la pluralité des acteurs, ne permet pas de désigner certains CLSM comme représentatifs du dispositif à l'échelle régionale.

Les résultats de l'évaluation, portant sur l'organisation et le fonctionnement des CLSM, sur le rôle de l'ARS dans le développement du dispositif sur la région et sur les actions mises en œuvre, permettent d'élaborer une réponse présentée en trois volets.

### 3. Résultats

L'étude des CLSM en Ile de France démontre que l'élaboration d'une politique locale en santé mentale passe en premier lieu par la création de partenariats entre les professionnels mobilisés autour de la question de santé mentale. Elle démontre également que le portage politique est primordial et que la figure du coordonnateur tient un rôle central. Cependant, afin d'implémenter un réel travail partenarial, la mobilisation de certains partenaires doit être renforcée. Par ailleurs, il semblerait qu'un des points faibles des CLSM actuels soit une sous-représentation des usagers, ce qui limite la portée démocratique et participative du dispositif. En outre, la mise en œuvre des actions semble s'opérer sans méthodologie précise et systématique, ce qui freine également le fonctionnement des CLSM, particulièrement dans leur capacité à réaliser des projets s'inscrivant

---

<sup>77</sup> *Convenience sampling* : méthode d'échantillonnage non-probabiliste où les sujets sont sélectionnés en fonction de leur accessibilité et leur proximité au chercheur. <https://explorable.com/fr/echantillonnage-de-commodite> *Snowball sampling* : méthode d'échantillonnage non-probabiliste où un premier sous-groupe de la population étudiée est interrogé, qui, ensuite, identifie d'autres membres du groupe. [http://academie-des-sciences-commerciales.org/dictionnaire\\_new/definition.php?id=2797](http://academie-des-sciences-commerciales.org/dictionnaire_new/definition.php?id=2797)

dans une logique d'intervention. Ces facteurs peuvent représenter des entraves à la pérennisation du dispositif sur les territoires. Enfin l'analyse du rôle de l'ARS Ile de France dans le développement des CLSM nous a permis de constater que cette dernière contribue, dans une certaine mesure, à la pérennisation du dispositif sur la région, mais qu'elle devait s'engager davantage pour mettre en place une animation territoriale efficiente.

Le tableau n°1 en annexe renvoie à la caractérisation des CLSM et indique le numéro correspondant à chaque coordonnateur rencontré.

### ***3.1. L'organisation et le fonctionnement des CLSM : une mobilisation à renforcer en vue d'un réel travail partenarial et démocratique***

#### **3.1.1. Comment se forment les partenariats ?**

Comme nous l'avons explicité précédemment, les CLSM tentent de mettre en œuvre une politique de santé mentale à l'échelle locale, à travers la concertation des acteurs sanitaires et non-sanitaires d'un territoire, sous la présidence du Maire ou de l'élu local en charge des questions de santé d'une ville ou d'une commune. Ainsi, l'émergence du dispositif répond à des demandes spécifiques et renvoie à la réalité du territoire dans lequel il s'implante.

##### 3.1.1.1. Une volonté ville/secteur de psychiatrie adulte

Dès les années 80, forts de l'engagement et du militantisme des secteurs de psychiatrie adulte, des projets précurseurs aux CLSM actuels, les Conseils de Santé Mentale de Secteur, voient le jour dans certains territoires, comme le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris ou Bondy. A partir des années 2000, d'autres villes, comme Nanterre, Saint-Denis, Choisy-le-Roi ou Aubervilliers, s'inscrivent dans une dynamique partenariale entre la ville et l'hôpital, et des réseaux de professionnels se créent.

L'analyse des bilans d'activités des CLSM révèle que, dans environ 73% des cas, le ou les secteurs psychiatriques ont été à l'initiative de la création d'un CLSM et dans environ 65%, les élus et les services municipaux. Il semble donc que la majorité des CLSM soit le fruit d'une rencontre entre le secteur psychiatrique adulte et la collectivité territoriale.

Comme l'explique un.e coordonnateur/trice, la « *volonté de construire ensemble une approche différente de la santé mentale face aux difficultés locales recensées* » (n°13) est à l'origine de la mise en place de partenariats entre la municipalité et la psychiatrie publique. Spécifiquement, c'est la recherche d'une réponse à un besoin qui semble motiver la démarche de mise en place d'un dispositif de coordination et de concertation. En effet, selon un.e coordonnateur/trice, l'équipe motrice à la création du CLSM sur un territoire se sentait « *un peu démunie face au volet de santé mentale, donc ils se sont dit que le CLSM pouvait être intéressant*

*pour trouver des réponses* » (n°7). Lors de plusieurs entretiens, les interlocuteurs ont résumé les CLSM comme une réponse à une demande de différents services communaux se trouvant en difficulté face à des situations individuelles complexes (n°10), ou « *un lieu où les professionnels se rencontrent pour trouver des réponses aux questions qu'ils ne peuvent trouver seuls* » (Unafam). Par ailleurs, dans certains cas, les coordonnateurs/trices ont mentionné le fait que la spécificité du territoire a pu influencer l'émergence d'un dispositif tel que le CLSM. Un territoire carencé, particulièrement en termes de structures, donne naissance à des professionnels engagés et motivés (n°4), et « *si une ville est obligée, par ses besoins, par ses inégalités territoriales de s'impliquer dans les missions santé, ça coule de source et ils y vont.* » (n°9). Pour rappel, la région Ile de France compte 272<sup>78</sup> quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), indicateurs témoignant des difficultés socio-économiques d'un territoire. Inégalement distribués sur les départements, nous recensons une forte concentration en Seine-Saint-Denis (63/272 soit 39% de la population saint-dyonisienne) et dans le Val d'Oise (41/272 soit 17% de la population val-d'oisienne). Dans l'échantillon de notre étude, 34 des 49 territoires ont un ou plusieurs QPV, ce qui signifie que la majorité des CLSM franciliens sont implantés dans des territoires possédant des QPV. Ainsi, dans ces territoires, il est possible que les besoins sont tels qu'ils exigent des acteurs locaux de se saisir des ressources existantes, de se « serrer les coudes » et de trouver une réponse locale en dehors du système.

Pour d'autres acteurs, la création des CLSM serait plutôt le résultat d'une opportunité de contractualisations, et donc, de financements. Par exemple, si par dans le passé, les projets émanaient d'un engagement politique et militant des acteurs, particulièrement de la psychiatrie adulte, de travailler ensemble, aujourd'hui, les projets s'inscrivent davantage dans des contrats territoriaux, bénéficient donc de possibilités de financement (CCOMS). Dans de nombreux cas étudiés, il semblerait que les partenariats ne se soient formalisés en un CLSM, à proprement parler, qu'à l'occasion des appels à projets de l'ARS. Un.e coordonnateur/trice résume ainsi l'origine du CLSM sur son territoire: « *C'est l'ARS et l'hôpital qui ont vraiment poussé à la création de ce dispositif. L'ARS, parce qu'il y avait des opportunités de financement, l'hôpital, parce que ça faisait longtemps que le projet était dans leur tête donc ils étaient très contents d'avoir une collectivité qui était prête à porter ce dispositif* » (n°4). Comme nous l'expliciterons dans la partie relative au rôle de l'ARS dans le développement des CLSM, le cofinancement du poste de coordonnateur a en effet souvent offert aux acteurs locaux, particulièrement ceux des territoires prioritaires, la possibilité de se mobiliser, et surtout, de se structurer en un espace de coordination et de concertation répondant au cadre d'un CLSM.

---

<sup>78</sup> INSEE, « Les quartiers de la politique de la ville en Ile de France », Insee analyses Ile de France n°57, parue le 17.03.2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2658852>

### 3.1.1.2. Un ancrage territorial favorable

L'investissement du politique, du Maire ou de l'élu en charge des questions de santé, témoigne de l'engagement municipal pour la santé mentale. Et cette volonté politique de la municipalité paraît jouer un rôle majeur et moteur dans la création des CLSM. Tout d'abord, un portage politique fort (c'est-à-dire une implication de la commune et de l'équipe municipale marquée), et à l'inverse, une absence de volonté politique de s'engager dans ce type de dispositif et dans la prise en compte de la santé mentale dans la cité, fait de la santé mentale un sujet ou non : « *Et on voit, sur les élus à la santé qui sont convaincus du bienfait du dispositif et de l'intérêt qu'il peut apporter, en général c'est des CLSM qui fonctionnent très très bien* » (réfèrent délégation départementale). Ce constat est corroboré par les propos tenus par les coordonnateurs lors des entretiens : tous s'accordent à dire que le portage politique est primordial. Il est même essentiel pour que le CLSM puisse gagner en visibilité, perdurer et que des projets concrets soient implantés. A l'inverse, si le portage politique est faible ou change lors d'un mandat à un autre, la dynamique s'essouffle et le CLSM risque de perdre en légitimité et/ou de se limiter à un dispositif hospitalo-centré.

La volonté de la ville de travailler sur la santé mentale en se dotant d'un CLSM dépasse la dimension symbolique que cela représente, puisque pour les coordonnateurs, le pilotage politique permet la mobilisation concrète des partenaires et le passage à l'action. En effet, Laurent El-Ghozi rappelle que « *le maire a le pouvoir de convoquer policier, psychiatre, éducateur de justice, assistante sociale, tuteur, association de proximité, bailleur, services municipaux...et de les faire travailler sans tabou ni faux secret, mais dans le respect de chacun et d'abord du sujet lui-même*<sup>79</sup> ». Ce « *pouvoir ne peut s'imposer* » et, comme le rappelle l'auteur, il doit s'adosser à « *de libres partenaires* ». Ainsi, la capacité du Maire ou de l'élu à la santé à mobiliser les acteurs autour de sujets à traiter est importante.

Par ailleurs, l'inscription de la santé mentale à l'agenda politique de la municipalité, matérialisé par la création d'un CLSM dont le coordonnateur est embauché par la collectivité territoriale, permet de positionner le CLSM de manière cohérente avec les autres dispositifs existants sur le territoire, lui donnant ainsi de l'envergure. Les outils de gouvernance locale en matière de santé précédemment décrits, à savoir l'ASV et le CLS, permettent de cartographier les besoins, ressources et acteurs locaux investis dans les questions de santé publique. Ces derniers forment un réseau grâce aux dispositifs, ce qui peut propulser la démarche de mise en œuvre d'un dispositif dédié, spécifique à la santé mentale. Selon un.e coordonnateur/trice, l'articulation entre la politique de la ville (à travers l'ASV) et le CLSM, qui est d'ailleurs une injonction du cahier des charges, offre la possibilité de s'engager dans une réflexion commune, un partage d'idées et de

---

<sup>79</sup> El Ghozi, L. « Pouvoir de convocation des Maires : imposé par la loi ou négocié dans la confiance ? », *Rhizome*, 2006, n°24, p. 6.



pratiques, et a mis en lumière l'étayage sanitaire sur le territoire, propice à la création du CLSM (n°9). Par ailleurs, partageant un même bureau au service hygiène et santé de la ville, les coordonnateurs CLS et CLSM travaillent régulièrement au montage de projets communs qui répondent à des problématiques transversales aux deux dispositifs. Ainsi, ils mutualisent efforts, ressources et partenaires (n°13).

Ces observations démontrent que l'ancrage cohérent du CLSM dans le maillage territorial à la fois propulse la démarche d'implantation du dispositif et peut l'équiper de connaissances et partenaires ressources. Cependant, la multiplicité des instances de concertation, dont les limites et la répartition des missions peuvent parfois être floues, peut également engendrer une sur-sollicitation des acteurs, qui peut ensuite freiner leur mobilisation. Il est donc essentiel qu'il y ait une concertation territoriale entre les différents dispositifs, que leurs travaux soient mis en commun lorsqu'ils se recoupent.

#### 3.1.1.3. Des acteurs restant absents

Si certains acteurs sont inévitablement intégrés dans le réseau formant le squelette du CLSM, d'autres ne répondent pas souvent à l'appel. En effet, plusieurs coordonnateurs ont pointé l'absence des médecins généralistes exerçant en libéral, dans leurs CLSM bien que confrontés quotidiennement à la souffrance psychique des habitants. D'autres coordonnateurs ont également évoqué la difficulté à trouver des interlocuteurs intéressés au sein de l'Éducation Nationale, ce qui est particulièrement problématique puisque la santé mentale des jeunes est une des priorités de travail d'environ la moitié des CLSM franciliens; 46.5% des CLSM ont un groupe de travail dédié à la santé mentale des adolescents, et 32.5% sur la santé mentale des enfants. Enfin, un.e coordonnateur/trice a mentionné vouloir travailler avec les associations de tutelles et curatelles car « *ça serait très pertinent de travailler avec eux (...) et je pense qu'on pourrait s'apporter beaucoup. Nous on peut les aider et eux peuvent nous aider parce qu'ils ont aussi des informations d'une autre nature* » mais, cette personne trouve le lien très compliqué à créer.

En résumé, nous constatons que, dans la quasi-totalité des cas, les partenariats entre les acteurs locaux d'un territoire donné se forment en réponse à des besoins communs, sous l'égide de la municipalité et du secteur de psychiatrie adulte.

### 3.1.2. **Comment le CLSM s'organise-t-il ?**

#### 3.1.2.1. La composition des instances

La grande majorité des CLSM franciliens sont présidés par le Maire de la ville (ou Maires des villes pour les CLMS intercommunaux) ou par leurs adjoints et/ou élus en charge des questions de santé, des affaires sociales, du handicap et/ou des personnes âgées, faisant office de représentant

du Maire. Des binômes agents municipaux et médecins chef de pôle peuvent également présider les CLSM.

Le cahier des charges indique que le CLSM est composé d'un comité de pilotage (COPIL), qui « *arrête les objectifs prioritaires du CLSM, son programme de travail, les modalités de partenariat à mettre en œuvre...* ». Ceci cadre l'action du COPIL et lui confère un pouvoir stratégique et décisionnel important.

Les résultats de l'évaluation montrent que 86% des CLSM étudiés ont un comité de pilotage. Celui est présidé par le Maire et/ou l' élu ou l'adjoint à la santé (ou l' élu qui préside le CLSM) dans tous les CLSM, à l'exception d'un pour lequel la cogestion de l'instance est le mot d'ordre. Par ailleurs, dans tous les CLSM, le secteur de psychiatrie adulte est présent, et son rôle est défini ainsi : coprésident, membre de droit, copilote et expert médical, il participe activement à la définition des orientations et la mise en œuvre des actions des CLSM. Le secteur infanto-juvénile, lui, est davantage en retrait dans l'instance stratégique du CLSM. Nous pouvons également retrouver, dans une moindre mesure, le centre communal d'actions sociales (CCAS), les centres municipaux de santé, les bailleurs sociaux, le conseil général/départemental, les hôpitaux de territoires...

Se réunissant au moins une fois par an, l'assemblée plénière (AP) est la deuxième instance clé du CLSM et est pensée, par le cahier des charges, comme un lieu d'échange, de débats et de concertation. Le cahier des charges prévoit également la participation de tous les membres et partenaires du CLSM. Ce que l'analyse des bilans démontre, c'est qu'en effet, les acteurs présents à l'assemblée plénière sont nombreux et divers, et significativement plus qu'au COPIL. Parmi les 35 CLSM qui ont une assemblée plénière, nous observons que les élus les plus présents sont ceux délégués à la santé (75%). Les Maires sont également présents dans 37%, de même pour les élus au handicap. Les élus à la politique de la ville sont présents dans 17% des cas. D'autres membres cités sont les CLIC (centres locaux d'information et de coordination), MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), la CAF (caisse d'allocations familiales), la CLSPD (conseil local de sécurité et prévention de la délinquance), les associations pour l'insertion sociale et l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques, des représentants de foyers...

Les modalités des deux instances prévues par le cahier des charges, ainsi que leur composition supposent, a priori, qu'elles jouent des rôles différents. Mais, cela n'est pas toujours clair. Selon un.e coordinateur/trice, l'assemblée plénière permet de « *réunir tout le monde, d'apprendre à se connaître mais pas de travailler ensemble* » (n°7). Pour un.e autre, bien qu'idéalement, comme le COPIL, l'assemblée plénière permet de repérer des problématiques communes, « *en vérité, tout est déjà décidé en assemblée plénière et les propositions sont faites* ».

*au cours de l'année par rapport à ce que les partenaires expriment. » (n°3). Une autre voit l'assemblée plénière davantage comme une réunion d'information (n°13). Enfin, contrairement à ce que préconise le cahier des charges, parmi les CLSM qui ont une assemblée plénière à ce jour, seule une dizaine ont indiqué avoir fait une réunion en 2016, de même pour 2017, et seulement la moitié des assemblées sont ouvertes au public.*

### 3.1.2.2. Les limites d'un dispositif personne-dépendant

Les entretiens menés auprès des coordonnateurs ont révélé que le dynamisme d'un CLSM dépendait de la volonté de chaque acteur présent sur le territoire de se saisir du dispositif et de s'investir dans ses missions. Comme nous l'avons vu précédemment, la volonté de l'élu joue un rôle déterminant dans l'implantation du CLSM, mais, les professionnels, les associations et tous les autres acteurs du territoire influencent également l'activité du CLSM. Pour rappel, les CLSM ne s'inscrivent dans aucun cadre réglementaire strict, ils sont donc dépendants du « bon vouloir » de tous. Comme l'évoque un.e coordonnateur/trice, *« il n'y a pas d'obligation à faire un CLSM. Donc si c'est juste un truc vide (...) pour moi ça n'a pas d'utilité en tout cas ». Il/elle ajoute « moi j'ai dit on se lance là-dessus mais si les partenaires viennent avec moi et que les choses vivent, alors on continue, sinon ça ne sera qu'un papier qui ne servira pas » (n°10). Pour un.e autre, c'est parce que la démarche partenariale est basée sur du volontariat qu'elle est compliquée. L'investissement dépend donc de leurs disponibilités (n°13). La disponibilité fait justement partie de ces facteurs organisationnels qui impactent la motivation des partenaires et le dynamisme des CLSM. Soumis à des contraintes structuro-temporelles complexes, telles que le manque de temps et de moyens, les restructurations internes dans les institutions ou les changements et les vacances de postes, les acteurs du médical, médico-social et social sont obligés de jongler entre de nombreux impératifs et sollicitations. Tout ceci rend leur mobilisation difficile dans la durée. Ainsi, le fait que le dispositif soit un système de valeurs partagées et dépende de la « bonne volonté » des partenaires, eux-mêmes impactés par le fonctionnement de leurs institutions ajoute une complexité au fonctionnement du CLSM.*

Par ailleurs, il semblerait que le dispositif dépende également de son coordonnateur, à plusieurs égards. Puisque mobilisés, présents, et souvent moteurs des groupes de travail des CLSM, les coordonnateurs doivent chaperonner tout le cycle des projets, depuis leur planification, leur mise en œuvre jusqu'à leur suivi. *« Dans l'idée c'est quand même aux partenaires de se saisir du dispositif, c'est au coordonnateur de passer les plats. Dans les faits c'est pas tout à fait comme ça que ça marche » (n°3) dit un.e coordonnateur/trice. Ce propos nous force à réfléchir à la différence entre le rôle du coordonnateur et ses missions, qui ne sont pas toujours en adéquation, et la place qui lui est accordée dans le dispositif. Dans plusieurs entretiens, l'incertitude et la*

confusion quant aux limites du rôle du coordonnateur sont apparues. Un.e coordonnateur/trice résume la situation ainsi : « *Nous, on a une position qui est intenable... On ressemble à rien : on est chef de service parfois, on est pilote, coordonnateur moi je veux bien mais on est plus pilote que coordos* » (n°9). En outre, le fait que le coordonnateur se retrouve souvent seul à devoir assurer un grand nombre de tâches, porter plusieurs casquettes et maîtriser des compétences diverses (de l'administratif à l'animation de réseau en passant par le recueil et l'analyse de données) est revenu mainte fois au cours des entretiens. La multiplicité des missions des coordonnateurs, couplée aux difficultés à mobiliser les partenaires rendent l'exercice du coordonnateur parfois périlleux et fragilise l'opérationnalité du CLSM.

Rappelons que la plupart des coordonnateurs sont embauchés, en CDD, dont près de 75% à temps partiel. Un.e coordonnateur/trice affirme : « *il faut pas que ça repose sur moi, il faut qu'il y ait une continuité parce que sinon tout s'effondre quand la personne s'en va* » (n°5). Ainsi, il est juste de se demander comment il est possible d'assurer la pérennisation d'un dispositif personne-dépendant dans un tel contexte d'emploi.

### 3.1.2.3. Une sous-représentation d'usagers

La littérature française, les recommandations du CCOMS et le cahier des charges stipulent tous clairement que la présence des usagers<sup>80</sup> est nécessaire au bon fonctionnement du CLSM et qu'ils représentent un des piliers d'un CLSM (à savoir : les élus, la psychiatrie et les usagers). Les bilans d'activités distinguent l'Unafam des associations d'usagers, puisqu'il s'agit ici d'étudier la possibilité de représentation des personnes en souffrance psychique au sein du CLSM. Bien que les aidants et les proches des personnes en situation de souffrance ou handicap psychique puissent être considérés eux aussi comme des usagers du système de santé, leur capacité à représenter les premières personnes concernées par les troubles mentaux et psychiques est limitée.

Cependant, l'analyse des bilans d'activités des CLSM révèle que l'Unafam est membre du COPIL dans 90.7% des cas et les associations d'usagers dans 32.5%. Par ailleurs, l'Unafam est également présente à l'assemblée plénière dans 77% des cas, tandis que les associations d'usagers n'y participent que dans 54%. Nous constatons ainsi que l'Unafam est plus présente dans l'instance la plus stratégique des CLSM que les associations d'usagers. Nous remarquons également une présence plus importante des associations telles que les GEM, le Club House, ou des associations spécialisées au sein de l'assemblée plénière qu'au COPIL.

---

<sup>80</sup> La dénomination d'« usagers » désigne traditionnellement en France l'usage des services publics. Les personnes utilisatrices des services se sont saisi du terme pour se définir, et sont définis ainsi par les services publics. (Dutoit M., « Usagers et citoyens en santé mentale », *Vie Sociale et Traitements*, 2011, n°109, p. 60-63.)

Par ailleurs, toujours selon les bilans, l'Unafam aurait été motrice dans la création des CLSM pour près de 35%. L'un de ses délégués a déclaré qu'elle avait été le « poil à gratter » de la création des CLSM, c'est-à-dire, qu'elle avait plaidé auprès des maires en démontrant l'état des lieux de la santé mentale des concitoyens, et l'intérêt pour la collectivité à se doter d'un CLSM. Il ajoute « *en principe, on fait partie du trio qui décide de la composition du COPIL, donc on est fondateur* ».

Nous constatons donc que, contrairement à ce qui est préconisé par le CCOMS ou l'ARS, qui prévoit la participation des représentants des familles, proches, aidants et des personnes concernées, les usagers sont davantage représentés par leurs proches que par eux-mêmes.

### **3.1.3. Le CLSM, un lieu de concertation et de démocratie en santé ?**

La structuration et la composition des CLSM montrent plusieurs limites à l'exercice de la démocratie en santé au sein de ce dispositif.

En premier lieu, bien que 71% des CLSM étudiés aient une assemblée plénière, environ 80% n'ont pas tenu de réunion en 2016 et 2017, et seule la moitié des assemblées sont dites « ouvertes au public ». En 2015, Jean-Luc Roelandt et Pauline Guézennec du CCOMS décrivaient le CLSM ainsi : « *lieu de démocratie participative, le CLSM peut être une porte d'entrée pour les associations d'usagers et d'aidants pour faire reconnaître leur expertise non seulement auprès des élus, mais aussi auprès de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie et du champ de la santé mentale* »<sup>81</sup>. Cependant, l'absence d'espaces d'échange et de partage que pourrait offrir l'assemblée plénière freine la possibilité même de participer et de s'exprimer. Par ailleurs, pour les auteurs, « *la faible représentation des usagers restreint de facto le CLSM à un espace de professionnels et d'experts de la prise en charge* »<sup>82</sup>. Pauline Rhenter ajoute que « *l'architecture du conseil local en dit long sur la place laissée aux usagers dans ce dispositif* »<sup>83</sup>. Ces deux propos corroborent les résultats de notre étude, puisqu'en effet, les usagers ne sont pas suffisamment représentés au sein de l'instance qui oriente les priorités de travail d'un CLSM. Cela nous invite donc à se demander dans quelle mesure les CLSM franciliens, dans leur état actuel, permettent aux usagers d'exprimer leurs besoins et attentes ? et comment les CLSM peuvent-ils être des outils de la démocratie en santé mentale ?

En second lieu, il semblerait que la concertation soit inhibée par des enjeux relationnels et institutionnels importants. Dans un article, Pauline Rhenter évoquait : « *Le CLSM (ainsi que son processus de création) construit un espace de prise de parole, donc de conflictualité potentielle, où*

---

<sup>81</sup> Guézennec, P., Roelandt, J-L., « Démarche territoriale pour un partenariat concerté : exemple du CLSM », *European Psychiatry*, vol. 30 (8), p. S139-S140.

<sup>82</sup> Guézennec, P., Roelandt, J-L., « Le conseil local : le chaînon manquant de la santé mentale », *La Santé en Action*, 2016, n°436, p.5-7.

<sup>83</sup> Rhenter, P., 2011, *art. cit.*

se rejouent les tensions entre professionnels et usagers, entre services techniques et décideurs politiques, entre professionnels sanitaires et sociaux »<sup>84</sup>. Ce constat corrobore les observations des coordonnateurs qui, souvent, voient les tensions existantes entre différentes institutions, dues à leur historique, leur positionnement social ou simplement, aux relations humaines, se perpétuer au sein des CLSM. « Spontanément, il y a les mêmes jeux hiérarchiques qui se rejouent (...) sauf que c'est pas l'objet d'un CLSM. L'objet d'un CLSM c'est précisément l'horizontalité. » (n°6). Cette vision d'un partenariat dans sa forme horizontale, exemptée d'une quelconque hiérarchisation, n'est apparue que dans un CLSM, pour lequel le/la coordonnateur/trice a parlé de « cogestion » quant au partage des responsabilités dans les instances du CLSM. « On est vraiment en fonction de co-pilotage sur ce CLSM, en co-construction (...) On est sur un pied d'égalité » (n°1). Il/elle explique cela par la vision qu'ont les acteurs du CLSM : « Est-ce qu'on en fait une instance un peu descendante en silo, ou quelque chose de transversal ? Mais quand on est sur du transversal, ça veut dire que tout le monde a son mot à dire, et qu'on est sur un pied d'égalité » (n°1). Les coordonnateurs ont évoqué plusieurs explications quant à la difficulté à répartir les responsabilités et à s'inscrire dans une logique de transversalité. Hormis les positionnements professionnels, les différences de cultures institutionnelles encore très hermétiques au travail en réseau, les investissements et les enjeux différents pour chaque acteur, il semble que le partage des responsabilités puisse être freiné par des limites pratiques, telles que le manque de temps et de moyens, les problèmes organisationnels internes aux structures, ce qui ne permet pas aux acteurs de s'impliquer pleinement dans ce projet. Ainsi, un grand nombre de tâches incombe aux coordonnateurs. Tout ceci bride la concertation qui devrait être l'essence même de la logique de travail du CLSM. Enfin, un.e coordonnateur/trice émet à regret que « si le coordo pilote tous les groupes, il se retrouve à tout faire seul, et à décider de tout aussi. Et ce n'est pas démocratique ! » (n°9)

#### Résumé du point 3.1. : Fonctionnement et organisation

- La prise en compte de la santé mentale dans l'agenda politique de la collectivité territoriale semble se fonder sur la rencontre des préoccupations des élus locaux et des secteurs de psychiatrie.
- La mise en œuvre de la politique locale de santé mentale s'inscrit donc dans un cadre, qui, a priori, exclut plus au moins les usagers.
- Les difficultés organisationnelles, en interne et externes, que rencontrent les CLSM peuvent limiter le fonctionnement efficace du dispositif, son opérationnalité et sa pérennisation. Mais surtout, sont un frein majeur à l'exercice de la démocratie participative en santé mentale.

<sup>84</sup> Ibid.

## **3.2. Les actions mises en œuvre : une méthodologie de projet à consolider en vue de la réalisation d'actions pertinentes**

### **3.2.1. Une observation locale en santé mentale à renforcer**

Selon le cahier des charges de l'ARS et les recommandations du CCOMS, la mise en place d'une observation (locale) en santé mentale est avancée comme une des missions ou un des objectifs stratégiques principaux du CLSM. Cette dernière vise « à repérer les données épidémiologiques et sociodémographiques disponibles ou à recueillir, et connaître et partager l'état des ressources existantes sur le territoire, ainsi que les besoins de santé et leurs déterminants repérés par les acteurs, les habitants et les usagers »<sup>85</sup>. De plus, pour le Psycom, également impliqué dans l'appui aux CLSM à l'échelle nationale, adopter une méthodologie de projet rigoureuse est considéré comme une condition de réussite du CLSM, et pour ce faire, l'état des lieux où le diagnostic est primordial.

Parmi les CLSM de notre échantillon, 48% ont réalisé un diagnostic local en santé mentale : 11 dans le cadre du CLS et 10 avec le CLSM. Seule la moitié des CLSM actuels s'appuie donc sur un diagnostic local en santé mentale, et moins d'un quart, sur un diagnostic propre au CLSM pour le recensement, la prévalence des troubles psychiques, des besoins des populations et des professionnels, et l'identification de ressources en santé mentale du territoire.

Si le diagnostic territorial en santé mentale est rarement réalisé, c'est essentiellement par manque de temps, de moyens et de compétences. En effet, plusieurs coordonnateurs ont évoqué l'importance du diagnostic mais, également, leur difficulté à s'y atteler seul. N'ayant pas les compétences techniques (i.e. épidémiologiques, statistiques, choix d'indicateurs pertinents, outils de saisie, méthode de recueil de données et identification des sources...) nécessaires au recueil, à l'analyse et au traitement des données, ils s'interrogent également sur la fiabilité et l'objectivité d'un tel travail lorsqu'il est réalisé seul. En effet, comme le rappelle le Psycom, la co-construction d'un diagnostic avec l'ensemble des partenaires, qui fait l'objet d'un vrai temps de travail CLSM dédié à cette mission, est cruciale. Pour remédier à leurs différentes contraintes, certains coordonnateurs ont réalisé un état des lieux qualitatif, en allant à la rencontre des acteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux, associatifs etc. de leurs territoires et ont recensé les besoins et difficultés existants.

Par ailleurs, nous savons que le volet santé mentale des ASV et CLS a souvent engendré la création des CLSM, puisque les diagnostics locaux ont pointé la santé mentale comme une priorité de travail. Cependant, nous pouvons nous interroger sur la place accordée à la santé mentale

---

<sup>85</sup> Agence Régionale de santé Ile de France, *Cahier des charges CLSM*, 2018.

(sujet très vaste qui recouvre plusieurs domaines et pathologies), le choix des indicateurs et la source des données recueillies. Ces facteurs peuvent donc avoir un impact sur la validité et la fiabilité des données sur lesquelles se fonde l'élaboration des axes de travail des CLSM.

### 3.2.2. Une priorisation basée sur des besoins urgents

La composition, l'implication de chaque acteur et la méthode de prise de décision adoptée jouent davantage sur la priorisation des axes de travail du CLSM. Il ne semble pas y avoir une méthode précise de prise de décision. Dans la majorité des cas, ce sont des échanges lors des COPIL qui ont permis de dessiner les axes traités par le dispositif, souvent en fonction des besoins des partenaires face à des situations qu'ils rencontrent dans leur quotidien. Et, comme nous l'avons montré, le COPIL est essentiellement composé des élus et services municipaux et des représentants des secteurs de psychiatrie. Par exemple, au cours de plusieurs entretiens, il a été révélé que ce sont des problèmes de voisinage en lien avec des personnes en souffrance psychique, ainsi que l'accroissement de demande d'hospitalisations d'office, remontés à la connaissance des maires, qui dans de nombreux cas ont précédé la création d'un CLSM. Si le CLSM est souvent une solution face des problématiques complexes auxquels les acteurs doivent faire face dans leur quotidien, c'est particulièrement la transversalité de ces questions qui imposent de trouver une réponse coordonnée. En effet, ces problèmes nécessitent une réponse pluridisciplinaire car ils interpellent et touchent plusieurs corps de métiers agissant au sein de la cité.

Dans les faits, nous constatons, grâce aux activités relatées dans les bilans, que 86% des CLSM possèdent des « cellules de concertation pour situations individuelles complexes ». Dans certains cas, les CLSM ne sont en réalité qu'une cellule. Egalement appelée une RESAD (Réunion d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficulté), ces cellules de concertation ne sont pas régies par un cadre strict et une méthodologie imposée. Le CCOMS, qui a élaboré un guide pratique à destination des acteurs souhaitant mettre une cellule en place sur leur territoire, indique que : « ces commissions favorisent l'analyse conjointe et la mise en perspective des situations à travers une approche croisée d'acteurs à compétences spécifiques et différenciées incluant la personne concernée et parfois son entourage »<sup>86</sup>. Des considérations éthiques et déontologiques doivent être prises en compte, notamment quant à la place de la personne concernée et le respect de la confidentialité et des données personnelles.

Pour le CCOMS, ce sont bien « des problèmes de concertation et de coordination face à des situations de personnes présentant de multiples difficultés auxquelles chaque intervenant ne

---

<sup>86</sup> Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, *Repères sur les commissions de réflexions et d'aide pour des personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale*, 2018, Lille. 20p. [En ligne] URL : [http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/01/20180115\\_Rep%C3%A8re-situation-difficile-CLSM-2.pdf](http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/01/20180115_Rep%C3%A8re-situation-difficile-CLSM-2.pdf)



*peuvent répondre seuls* » et la « *volonté des élus de régler des problèmes d’urgences et de crises de manière visible et opérationnelle* » (CCOMS) qui motivent la création de la cellule par les élus locaux et acteurs des CLSM. Nos entretiens ont révélé que les cellules « cas complexes » étaient un outil de création et de solidification des liens entre les professionnels des territoires. Elles permettent, aussi, d’apprendre aux différents acteurs à se connaître et à se mettre tous autour d’une table face à des difficultés partagées. Comme évoqué plus haut, la transversalité n’est pas coutume dans les pratiques professionnelles des acteurs sanitaires et sociaux. Souvent cloisonnées, les institutions et leurs acteurs peuvent avoir du mal à travailler ensemble. Les cellules invitent les acteurs de la cité à le faire en prenant les problématiques dans leur intersectorialité.

Par ailleurs, la moitié des CLSM traitent de la thématique du logement des personnes en souffrance psychique dans leurs groupes de travail. Souvent désignés comme des « troubles du voisinage », l’expression que peut prendre la souffrance psychique de certains individus interpelle habitants, professionnels et élus locaux. Parmi tous les territoires qui travaillent sur ces questions, ces problèmes sont majoritairement remontés par les bailleurs sociaux et demandent une réponse rapide, concertée et durable. Ainsi, de nombreux CLSM travaillent sur le partenariat entre les bailleurs sociaux et la psychiatrie, afin d’éviter les expulsions locatives, et de garantir des places pour les patients suivis par les services de psychiatrie dans les immeubles. Les fiches de signalement et la participation fréquente du coordonnateur du CLSM aux réunions des bailleurs sociaux sont souvent les moyens utilisés pour faire remonter les situations complexes aux différents partenaires. Dans d’autres cas, l’on retrouve la création de logements, comme les résidences accueil ou les appartements associatifs. Par ailleurs, de plus en plus de CLSM se lancent dans la sensibilisation des gardiens d’immeuble : témoins privilégiés des cas complexes, les gardiens d’immeuble formés peuvent être à même de repérer précocement les difficultés liées aux troubles psychiques de certains résidents afin d’anticiper et de prévenir les situations problématiques. Des outils ont ainsi été développés afin de faciliter la transmission d’informations, comme, par exemple, une fiche d’évaluation partagée et un protocole d’utilisation, permettant de faire circuler les situations repérées et de mettre en œuvre une réponse coordonnée rapidement.

Pour Pauline Rhenter, « *au fur et à mesure que les usagers s’en [le CLSM] éloignent, ou en sont écartés : on les voit alors se transformer en purs réseaux interprofessionnels (par pathologie ou public cible) ou en “cellules de gestion de situations individuelles”* »<sup>87</sup>. Cette observation ne reflète pas tout à fait le portrait des CLSM franciliens actuels, puisque nombre d’entre eux

---

<sup>87</sup> Rhenter, P., *art. cit.*

travaillent sur des thématiques variées comme la santé mentale des adolescents, l'accès à la culture et aux loisirs, l'accès aux soins ou la santé mentale et le vieillissement<sup>88</sup>, faisant preuve ainsi d'une volonté de s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé. Cependant, ce qui ressort de notre étude est qu'en effet, la majorité des CLSM se structurent autour d'une cellule de gestion de situations individuelles et traitent des problèmes causés par les personnes souffrant de troubles psychiques invalidant leur vie en communauté. Au-delà de son pouvoir de convocation, le Maire ou l'élu a aussi un pouvoir de priorisation. Nous supposons que la priorisation des axes de travail n'est pas neutre et qu'elle est motivée par les problématiques les plus gênantes pour l'ordre public et compromettantes à la sécurité de tous, qui imposent une réponse urgente. Comme le résume le Psycom, « *là où il y a un sentiment d'urgence ou d'incompétence, va se créer le CLSM et vont mobiliser les acteurs* ».

### 3.2.3. Un suivi à améliorer

Les difficultés évoquées par les coordonnateurs quant à leur capacité à réaliser un diagnostic local en santé mentale semblent se refléter dans l'exercice du suivi des actions menées par le CLSM.

Le cahier des charges de l'ARS évoque la démarche évaluative et en donne brièvement les lignes ou en trace les contours : il est écrit que le comité de pilotage « *prévoit les modalités de l'évaluation et rend compte de celle-ci à l'assemblée plénière* » et que le coordonnateur « *établit pour ces instances et pour l'ARS les éléments nécessaires à l'évaluation de l'action du CLSM* ». Dans la dernière partie du cahier, les fondements de la démarche sont plus explicitement décrits : « *L'évaluation des actions menées fait l'objet d'un bilan annuel. Celui-ci est diffusé à l'ensemble des membres du CLSM et de ses partenaires. Le CLSM doit prévoir par ailleurs les modalités de restitution de son activité à la population* ».

Au moins 26% des CLSM franciliens actuels n'ont pas envoyé leur bilan d'activités annuel à l'ARS pour les années 2016 et 2017. De plus, parmi ceux qui ont été soumis, au moins 20% étaient partiellement remplis ou vides. Quant à la réalisation d'un bilan à part, propre au CLSM, et envoyé à tous les partenaires, les informations remontées à l'ARS révèlent que cela n'est pas fait systématiquement, puisqu'environ 1/3 des CLSM étudiés l'ont fait en 2016 et moins d'1/4 en 2017. Enfin, seuls 6 bilans ont apparemment été restitués à la population.

Les entretiens menés auprès des coordonnateurs ont permis de comprendre ces résultats, et plus particulièrement, d'explorer les limites de la démarche évaluative. Tout d'abord, il semblerait que certains coordonnateurs ne s'inscrivent pas dans une logique de suivi et d'évaluation, faute de temps et de moyens. Plusieurs estiment ne pas avoir les compétences nécessaires à la construction ou la maîtrise d'outils qui leur permettraient de faire un suivi régulier et cohérent :

---

<sup>88</sup> Cf. tableau n°2 « Thématiques des groupes de travail »

« j'essaye de faire du reporting au maximum. Après, j'ai pas d'outils particuliers qui me permettent de faire un suivi » (n°4), « je ne le faisais pas du tout avant... enfin, j'ai pas la formation pour... » (n°9), « j'ai pas vraiment le temps d'approfondir sur le qualitatif, ça demande du temps » (n°1). Ils assurent donc un suivi partiel, consistant en la rédaction de comptes-rendus des réunions des groupes de travail et des COPIL, et la saisie des cas présentés dans les cellules de concertation sur les situations complexes.

Ainsi, l'exercice demandé par l'ARS, à savoir remplir le bilan d'activités une fois par an, paraît « contraignant » (n°10) et « peu aidant » (n°2). Trouvant les questions du bilan d'activités envoyé par l'ARS floues et compliquées, en plus du délai de retour très court (environ 2 semaines), certains coordonnateurs avouent le remplir rapidement par obligation. Dans son état actuel, certains coordonnateurs trouvent le bilan « incomplet » (n°9) « succinct » (n°5), « ne permet pas de se projeter » (n°2), « n'est que de l'autoévaluation » (n°4).

Cependant, certains reconnaissent qu'il s'agit d'une demande « légitime » (n°8) de la part de l'ARS, surtout pour les CLSM qu'elle cofinance, et que le bilan permet tout de même de faire des points d'étapes en interne (n°9). La plupart des coordonnateurs ne sont pas contre l'idée d'instaurer un suivi plus systématique et organisé, cela paraît même crucial compte tenu de la nature des postes de coordonnateurs en Ile de France. Un suivi systématique des activités et de l'organisation du CLSM garantirait une meilleure continuité des actions lors de vacances de poste, ou une transition plus fluide lors d'une reprise de poste.

Les contraintes liées au cadre d'exercice du coordonnateur peuvent poser une limite méthodologique au fonctionnement des CLSM. En effet, le suivi méthodique des actions permettrait de rendre compte des avancées du dispositif, mais aussi, des points à améliorer, et ce tant en termes de processus de mise en place que de résultats. Dans une certaine mesure, l'irrégularité et la superficialité du suivi peuvent questionner la capacité du CLSM à évaluer l'impact de ses actions.

#### **3.2.4. Premier résultat attribué aux CLSM : amélioration des connaissances**

Les bilans d'activités s'intéressent aux résultats des CLSM par le biais de la question suivante : « d'après vous, quels sont les principaux effets de la constitution des CLSM pour : la mairie et la ville, la psychiatrie, les habitants, les associations d'usagers et leurs proches et les différents partenaires ? ». L'analyse des bilans a révélé une multitude d'effets allant d'un meilleur accès aux soins et services pour les usagers à la déstigmatisation de la santé mentale pour les habitants.

Cependant, l'effet le plus fréquemment relaté, dans les bilans et dans les entretiens, est l'amélioration des connaissances, et ce en deux points.

#### 3.2.4.1. En termes d'interconnaissance professionnelle

Le partenariat interprofessionnel formalisé par le CLSM a permis une meilleure connaissance de l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale (n°4). Il a aussi servi à délimiter les missions et les contraintes de chacun afin de rendre lisible le champ d'intervention des acteurs et de permettre une meilleure orientation pour les usagers (n°1). Selon notre interlocutrice au Psycom, des réseaux de santé mentale existent depuis très longtemps sur les territoires mais cette culture d'appréhender la santé mentale dans toutes ses dimensions « *est une plus-value [du CLSM] que l'on ne retrouve nulle part ailleurs.* » Cependant, cet espace de concertation et de coordination qu'est le CLSM et la transversalité qu'il requiert, demandent du temps pour se construire. Et cela passe d'abord par l'interconnaissance entre les professionnels du territoire travaillant de près ou de loin avec le public cible. L'élaboration d'une culture et d'un langage communs, essentiels à la réalisation d'un réel travail partenarial et horizontal, est un processus chronophage qui se fonde sur l'établissement de liens de confiance, également longs à tisser. Le décroisement entre les acteurs est également un des effets relatés par les coordonnateurs, et semble corrélé à une meilleure connaissance du territoire et de ses acteurs promulguée par le CLSM.

Nous pouvons imaginer que c'est l'accroissement de la connaissance entre les professionnels et la construction d'une culture commune qui permettent de rompre l'isolement des professionnels face aux difficiles enjeux que pose la santé mentale. Ceci pouvant aboutir au développement d'une politique locale de santé mentale en agissant sur les déterminants de la santé et en y incluant tous les acteurs intervenants auprès des personnes en souffrance psychique.

#### 3.2.4.2. En termes de connaissance en santé mentale

L'analyse des bilans révèle que la prise en compte de la santé mentale au niveau local et une meilleure connaissance des problématiques liées aux troubles psychiques sont également attribuables à la constitution du CLSM. Cet effet est en lien direct avec les activités de nombreux CLSM, puisque 70% d'entre eux se sont investis dans les Semaines d'Information en Santé Mentale et 40% ont un groupe de travail dédié à la sensibilisation et l'information en santé mentale. Mobilisées comme outil phare de lutte contre la stigmatisation, les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) offrent « *l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population* » et s'inscrivent donc parfaitement dans l'esprit des CLSM. En étendant les actions de sensibilisation et d'informations en santé mentale tout au long de l'année, à travers des groupes de travail dédiés, il semblerait que les conséquences de la stigmatisation des troubles psychiques soit une réelle préoccupation pour les acteurs des CLSM d'Ile de France. Le besoin d'actions prolongées et continues pour tenter de changer les attitudes

et les représentations de la population est prégnant. Des projets larges et transversaux voient ainsi le jour, comme la création d'un parcours handicap psychique à destination des étudiants en BTS, des séances de sensibilisation à l'école sur le handicap psychique, ou à destination de différents professionnels, d'agents municipaux et des élus, en partenariat avec le Psycom, le centre de ressources CEAPSY.

Les activités du CLSM permettent aux professionnels « *qui ont plus l'habitude de se regarder en chien de faïence* » (réfèrent d'une DD de l'ARS) d'apprendre à se connaître, de travailler ensemble, mais aussi de changer progressivement les pratiques en introduisant l'idée d'un travail transversal : « *c'est aussi un moyen, un prétexte pour faire que le service social parle au service logement, que lui-même parle au service insertion etc.* » (idem). Par ailleurs, le processus de sensibilisation sur les questions de santé mentale peut donner lieu à un changement de positionnement, de fonctionnement et de vision face à ces problématiques, en réalisant que la santé mentale est l'affaire de tous. Nous pouvons donc nous demander si c'est l'interconnaissance et la prise en compte graduelle de la santé mentale globale dans la cité qui peuvent, dans un second temps, donner naissance à des projets concrets visant l'amélioration des conditions de vie des personnes en souffrance psychique et la promotion de la santé mentale pour tous.

#### Résumé 3.2. : Actions mises en œuvre

- A travers les CLSM, la politique de santé mentale à l'échelle locale se construit souvent par rapport aux besoins de professionnels démunis face à des problématiques complexes et transversales.
- Bien que cette politique locale s'ancre dans la réalité du territoire, la logique d'intervention des CLSM est à améliorer afin de prendre en compte les besoins de tous, et de renforcer l'impact du dispositif.
- Cependant, l'engagement relatif à la mise en place d'un CLSM signe la volonté de traiter la santé mentale de manière partenariale, transversale et intersectorielle. Ceci passe en premier lieu par la sensibilisation aux questions de santé mentale et l'interconnaissance entre les professionnels intervenant dans le champ sur le territoire.

### **3.3. Le rôle de l'ARS : un engagement à maintenir pour une animation territoriale efficiente**

#### **3.3.1. Le cofinancement, condition importante de pérennisation des CLSM sur les territoires prioritaires**

Grâce aux bilans d'activités, nous pouvons constater qu'un nombre croissant de CLSM se sont mis en place en région Ile de France à partir de 2013. Lors de la première évaluation du dispositif réalisé par le cabinet de conseils Itinere pour l'année 2012-2013, il existait 14 CLSM. Environ une quarantaine de CLSM se sont implantés après 2014. Serait-il possible de corrélérer cette augmentation, entre 2013 et 2014, avec l'appel à projets pour le cofinancement du poste de coordonnateur, lancé à partir de 2012 par l'ARS ?

En effet, il apparaît que l'embauche du coordonnateur sur les territoires éligibles<sup>89</sup> grâce au cofinancement de l'ARS, a permis de transformer le réseau interprofessionnel en santé mentale (lorsqu'il existait sur le territoire) en une démarche de santé publique coordonnée. Par exemple, un.e coordonnateur indique que l'embauche d'un coordonnateur a impulsé une méthodologie et une stratégie qui ont restructuré les CLSM existants sur le territoire en fonction des directives du cahier des charges (n°12). Dans d'autres cas, la prise de poste du coordonnateur a redynamisé des partenariats existants mais dormants, et a donné naissance à des projets concrets et organisés (n°9). Enfin, dans certaines villes, l'appel à projets a propulsé la création d'un CLSM, comme dans le cas suivant : « *il y a eu une opportunité liée au fait que l'ARS était là en soutien et avait des financements pour mettre en place ce type de dispositif et on a un peu sauté sur l'occasion.* » (n°4). La politique de santé mentale de l'ARS, qui prévoit la promotion de la santé mentale globale, des parcours de santé fluidifiés et l'inclusion dans la cité des personnes en souffrance psychique, considère les CLSM comme un outil privilégié pour remplir ces objectifs et a donc grandement contribué à l'essor du dispositif sur la région Ile de France.

#### **3.3.2. Un besoin d'appui méthodologique pour renforcer les compétences**

La réalisation d'un cahier des charges a été une étape clé dans le processus de soutien et d'accompagnement des CLSM en Ile de France par l'ARS en permettant d'offrir un cadre flexible et cohérent au dispositif, ne bénéficiant jusqu'alors, d'aucune méthodologie précise.

Dans notre échantillon, 57% des CLSM ont bénéficié d'un appui méthodologique de la délégation départementale de l'ARS. La majorité des coordonnateurs précise qu'il s'agit du cahier des charges, qualifié de support structurant et facilitant l'organisation et la mise à l'agenda de certains axes de travail lors des entretiens. De plus, les coordonnateurs semblent regretter les

---

<sup>89</sup> Pour rappel, les territoires éligibles sont ceux qualifiés de prioritaires, c'est-à-dire dotés d'un IDH2 inférieur à 0.52. Nous pouvons caractériser ces territoires par des indicateurs socioéconomiques et de santé défavorables.

groupes d'appui, menés par le passé par une référente en DD, car ils offraient une aide technique et méthodologique mais aussi un accompagnement en termes de réflexion.

Pour les coordonnateurs, le rôle de l'ARS est bien d'offrir un soutien méthodologique plus approfondi et poussé. Nombreux sont ceux qui souhaiteraient plus de rencontres avec leurs référents en DD afin d'avoir des retours constructifs sur la structuration de leurs CLSM. Ces échanges permettraient également de recenser, les difficultés méthodologiques rencontrées par les coordonnateurs. En effet, le besoin d'avoir des outils de diagnostic et de suivi clés en main ou une aide dans l'appropriation des outils mis à disposition par l'ARS sont revenus plusieurs fois lors des entretiens.

### 3.3.3. Un engagement pour le futur dans le cadre de l'organisation territoriale en santé mentale

Le cahier des charges prévoit la présence d'un ou des référents des DD de l'ARS dans la gouvernance du COPIL. En pratique, parmi les 43 CLSM qui ont un COPIL, le siège est membre dans 44.2% des cas et la DD dans 55.8%. En outre, pour ce qui est de l'assemblée plénière, le siège y est représenté dans 42.8% et la DD dans 48.5%. Nous constatons une implication légèrement plus forte de la DD que du siège, dans les deux instances, ainsi qu'un faible taux de participation de l'Agence en général. Contraintes par le temps, les DD doivent suivre de nombreux dossiers et sont souvent en effectifs réduits. Cela limite leur capacité de représentation de l'Agence à tous les COPIL des CLSM, surtout dans les départements qui en comptent plus d'une dizaine.

Selon les référents interrogés, leur implication au sein des CLSM correspond à de l'accompagnement et à un recadrage, si nécessaire : « *Nous on transmet les éléments qu'on a en tant que service de l'Etat. Quand on a un certain nombre d'inexactitudes qui sont dites en réunion, c'est à ce moment-là qu'on recadre* ». Concédant le pilotage stratégique du CLSM aux élus, les référents admettent que la présence de l'ARS les rassure puisque représentants « *de l'autorité de tutelle dans le domaine de la santé* ». Mais, ils voient leur rôle évoluer : « *on est de plus en plus sollicités pour des groupes de travail. Alors qu'avant, on était essentiellement sollicités pour l'aspect réglementaire* ». Les référents ont également évoqué leur désir « *de lever les craintes* » et « *démystifier* » l'image de l'ARS pour certains coordonnateurs, afin de se (re)positionner comme l'autorité de tutelle qui les accompagne plus qu'elle ne les contraint.

Pour le Dr Pilar Arcella-Giroux, chargée du dossier CLSM au siège de l'ARS, le rôle premier de l'Agence vis-à-vis des CLSM est de l'animation territoriale, et non de la régulation, c'est plus de la coordination des acteurs sanitaires et non-sanitaires du territoire<sup>90,91</sup> que du contrôle des

---

<sup>90</sup> Laura Fizelier, « Animation territoriale de santé et contrat local de santé : quelles articulations ? L'exemple de trois territoires en Bretagne », Mémoire de Master en Santé Publique (Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique), sous la direction du Docteur Françoise Jabot, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2013, 101p.

activités du dispositif. Rappelant que le CLSM est avant tout un dispositif qui part du territoire, et est donc façonné par les acteurs locaux qui s'en saisissent, elle considère qu'il est normal qu'il puisse s'éloigner du cadre préconisé par le cahier des charges. Une question revient souvent au sein de l'Agence sur le besoin d'instaurer un cadre réglementaire plus strict pour les CLSM cofinancés. Cependant, cela pourrait aller à l'encontre même de l'essence « *bottom-up* » des CLSM.

La question de l'animation territoriale de l'ARS, qui vise à rassembler, articuler et harmoniser les différentes institutions médicales, médico-sociales et sociales traitant de la santé mentale à l'échelle locale, ressort particulièrement dans le cadre de l'élaboration des futurs projets territoriaux de santé mentale (PTSM). La mise en place de ces projets a été imposée par la loi de 2016<sup>92</sup>. Adoptant une posture transversale et une vision globale de la santé mentale, les PTSM cherchent à décroquer le champ de la santé mentale et à organiser de manière cohérente le maillage territorial. Selon l'instruction du 5 juin 2018<sup>93</sup>, l'ARS doit jouer un rôle d'accompagnateur du projet, de coordonnateur des différentes instances du territoire et doit veiller au bon déroulement des diagnostics territoriaux partagés, premier chantier des PTSM. Pour ce faire, l'instruction cible plusieurs acteurs à mobiliser, dont les CLSM. Ainsi, pour l'ARS, les CLSM peuvent faire figure d'outil privilégié dans l'élaboration des PTSM, d'autant qu'ils partagent des valeurs communes. Cependant, la nuance entre l'échelle locale et la notion de territoire prend ici tout son sens. En effet, l'échelon local, dans lequel s'inscrivent les CLSM, est défini comme « *le territoire d'organisation des parcours en proximité* », tandis que le territoire du PTSM est « *à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité* ».

Ainsi, l'ARS IdF devra veiller à la place accordée aux CLSM de la région dans les PTSM, pour les inscrire dans la démarche de mise en œuvre et s'orienter vers un travail en co-construction. Il sera important de veiller à ce que la vision globale du territoire qu'impose le PTSM ne mette pas en difficulté la dynamique locale, qui est l'essence même des CLSM. Pour cela, un accompagnement approfondi, vers plus d'échanges et de partages territoriaux, ou inter-CLSM, serait intéressant, à condition qu'il respecte la nature locale des CLSM. Tout l'enjeu pour l'Agence réside donc dans un délicat équilibre entre accompagnement territorial et local.

---

<sup>91</sup> Voir fiche de poste de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine « Responsable du pôle animation territoriale et parcours de santé » [En ligne] URL : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-12/DD40\\_Resp\\_ATPS\\_adjoint\\_Dir\\_08\\_01\\_2018.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-12/DD40_Resp_ATPS_adjoint_Dir_08_01_2018.pdf)

<sup>92</sup> Loi de modernisation de notre système de santé, *op. cit.*

<sup>93</sup> Instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale, *op. cit.*



Enfin, Dr Pilar Arcella-Giroux estime qu'aujourd'hui, les CLSM sont « *rentrés dans les mœurs de l'Agence* », le dispositif et sa plus-value étant connus de tous les agents. Cela facilite grandement le portage du dossier et l'animation territoriale car les échanges sont plus fluides, plus simples. Mais cette démarche de coordination et d'accompagnement demande du temps, et surtout des moyens. Un accompagnement méthodologique, un appui en termes de ressources locales en santé mentale, un partage d'information sur les orientations nationales en santé mentale, une aide à la mobilisation des acteurs réticents ou des partenaires en manque de motivation font partie des souhaits des coordonnateurs envers l'Agence.

Pour conclure, afin de conduire sa mission d'animation territoriale de manière efficiente, il serait intéressant pour l'ARS IdF d'impliquer davantage les coordonnateurs des CLSM, et tous leurs partenaires, en mettant à disposition des outils de renforcement de leurs compétences, mais aussi, pour les accompagner dans la mobilisation des acteurs locaux. Mais, c'est surtout face au lourd chantier que représente la mise en place des PTSM que l'Agence va jouer un rôle crucial : elle devra veiller à ce que la politique locale de santé mentale, mise en œuvre par les CLSM, s'intègre de manière cohérente dans les objectifs territoriaux d'accès aux soins, de prévention et de promotion de la santé mentale.

#### Résumé 3.3. : Rôle de l'ARS

- L'ARS Ile de France a été motrice dans la création des CLSM sur la région à travers le cofinancement des postes de coordonnateurs. Elle a également contribué au développement méthodologique en offrant un cadre grâce à son cahier des charges.
- Dans le cadre de sa mission d'animation territoriale, l'Agence devrait accompagner davantage les coordonnateurs pour leur permettre de monter en compétences, afin qu'ils puissent eux guider leurs partenaires vers les orientations du cahier des charges.
- L'élaboration des PTSM invite à réfléchir sur le positionnement de l'échelle locale dans la construction d'un projet qui doit s'inscrire sur un territoire plus large. Cela implique donc que la politique locale soit en cohérence avec l'organisation du territoire, sans pour autant perdre son essence « *bottom-up* ».

## 4. Recommandations

Les entretiens ont permis d'identifier les points faibles des CLSM, qui peuvent impacter ses conditions de mise en œuvre, ses capacités à proposer des solutions pertinentes et, finalement, son inscription pérenne dans l'organisation territoriale en santé mentale. Afin de faire des CLSM les leviers d'une politique locale, transversale, coordonnée, et agissant sur les déterminants de la santé mentale, nos interlocuteurs ont évoqué de nombreux points que nous présentons ici sous forme de préconisations pour le futur des CLSM.

### 4.1. Sur le dispositif

#### 4.1.1 Structurer le dispositif autour des institutions

« *Il faut passer à des dispositifs institutionnels et non pas humains.* » (n°5) dit un.e coordonnateur/trice, et ce afin d'éviter l'effet de dépendance par rapport au coordonnateur ou que la dynamique et le travail partenarial s'effondrent lors de départs ou transitions. Pour ce faire, nos interlocuteurs ont proposé plusieurs solutions pertinentes :

- **Faire signer la charte constitutive du CLSM par l'institution plutôt que par les personnes** : « *J'ai voulu m'assurer dès le début que les structures adhéraient au CLSM. On a fait une charte, définissant les valeurs et principes du CLSM, et on a fait adhérer les structures, donc une adhésion organisationnelle au sein de chaque. (...) Ce qui permet aussi de, quand les personnes partent, que la structure reste engagée et que quelqu'un puisse faire le lien.* » (n°1)
- **Trouver deux interlocuteurs au sein d'une même institution** : avoir deux référents par structure pour la représenter au sein du CLSM permet de contourner les problèmes de disponibilité rencontrés par les acteurs. (n°13)
- **Adopter des modalités de travail favorisant une mobilisation pérenne** : il est du rôle du coordonnateur de trouver le délicat équilibre entre la sur et la sous sollicitation : si les réunions de travail sont trop fréquentes, les partenaires ne peuvent y assister en raison de leurs emplois du temps chargés, mais si elles sont trop espacées, la dynamique risque fortement de s'essouffler. Selon un.e coordonnateur/trice, le seul moyen d'impliquer les acteurs de son territoire est de leur en demander un minimum le moins possible et cela ne fonctionne pas quand elle leur demande de porter les projets (n°3). Ainsi, elle se charge de préparer les réunions, de proposer les ordres du jour, rédiger et diffuser les comptes rendus... Un.e autre affirme « *moi je favoriserais plus la fréquence que la rigidité de la forme* » (n°9). Il/elle préfère des petits groupes réguliers plutôt que de larges réunions formelles qui réunissent tous les partenaires mais sont trop espacées pour assurer une dynamique de travail constante.

#### 4.1.2. Instaurer une culture de la participation et de la démocratie (en santé)

Une culture de travail partenarial, dans sa définition horizontale et réellement démocratique, s'installe progressivement mais requiert un changement de pratiques important. Pour faciliter ces changements, notre interlocutrice au Psycom a avancé quelques techniques intéressantes :

- **Utiliser les outils de l'éducation populaire** : se basant sur l'égalité, ces outils favorisent l'expression du plus grand nombre et invite à réfléchir aux enjeux de pouvoirs. Par exemple, lors des assemblées plénières, les coordonnateurs peuvent recourir au « Gros Débat »<sup>94</sup> afin de lisser le plus possible les inégalités de prises de paroles liées aux enjeux de pouvoirs.
- **Les actions de sensibilisation dédiées aux équipes municipales et aux élus** : proposée également aux acteurs du médico-social, social, et à tous les publics qui les sollicitent, cette formation de conscientisation est une première étape pour amener les participants à réaliser que la santé mentale n'appartient pas exclusivement au champ de la psychiatrie et qu'elle nécessite une action transversale. La formation met aussi en lumière la manière dont chacun peut jouer un rôle, les questions liées à la participation des usagers...

#### 4.1.3 Renforcer la méthodologie de projet

Nous entendons ici assurer une planification et une mise en œuvre méthodique et organisée, qui assurerait une pérennisation plus certaine du dispositif, et qui répondrait davantage aux besoins des personnes concernées.

- **S'appuyer sur les ORS pour le diagnostic** : comprenant la difficulté à mettre en œuvre un diagnostic territorial de santé mentale, la chargée de mission au Psycom propose de s'orienter vers les Observatoires Régionaux de Santé qui mettent à disposition des données quantitatives pouvant servir aux coordonnateurs.
- **Former les coordonnateurs à l'utilisation d'outils** : des outils quantitatifs de diagnostic et de suivi « clés en main » ont été mentionnés de nombreuses fois par les coordonnateurs, ainsi que leur besoin de formation ou d'appui par des techniciens spécialisés dans le traitement de données quantitatives poussées. Ils proposent également des outils facilitant leur travail au quotidien, tels que des trames de fiche-action à remplir ou des tableaux de suivi des groupes de travail clairs et précis.
- **S'inscrire dans une démarche évaluative plus pertinente** : si les bilans d'activités ne permettent pas aux coordonnateurs d'assurer une évaluation (qui leur paraît) pertinente, et compte tenu des limites du bilan, nos interlocuteurs ont proposé de nombreux

---

<sup>94</sup> Outil de l'éducation populaire qui permet de traiter plusieurs questions en parallèle.  
(<http://www.education-populaire.fr/methodes-en-vrac/>)

indicateurs intéressants. Pour le Psycom, les effets visés par les CLSM peuvent mettre des années à devenir visibles, et nombreux seront difficilement mesurables. Il faudrait donc s'attacher à observer des critères plus pragmatiques, tels que le taux d'hospitalisations en psychiatrie (qui devrait être réduit) ou les recours aux soins et services psychiatriques (qui devraient également être plus faibles suite à l'implantation d'un CLSM). L'Unafam, elle, voit les créations de logements (associatifs ou municipaux) comme un effet clair du CLSM et pense qu'il serait intéressant de le recenser dans l'évaluation. Une coordonnatrice propose d'évaluer le nombre de membres du GEM et leur implication dans les activités du CLSM, ou le nombre de personnes sensibilisées à la santé mentale à travers les actions SISM par exemple (n°9).

- **Il est nécessaire de mentionner ici la difficulté d'évaluer un tel dispositif.** Il semblerait que ce soit principalement la dynamique de réseau qui soit symbole de la réussite du CLSM, et qui, dans un second temps, va permettre une prise en charge globale des personnes en souffrance psychique. « *Notamment, en termes d'évaluation et de bilan, on oublie de le citer, c'est bien comprendre pourquoi le partenaire est autour de la table, quels sont ses objectifs, quelles sont ses missions, pourquoi il est intéressé, pourquoi il revient ? Et ça on oublie souvent de le faire* » (n°1).

## 4.2. Sur l'ARS

### 4.2.1 Consolider l'appui méthodologique

- **Remettre en place et prioriser les groupes d'appui départementaux :** Dès 2004, des « groupes d'appui »<sup>95</sup> ont été mis en place en Seine-Saint-Denis par la DDAS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), conçus comme des espaces de concertation à l'échelle du secteur de psychiatrie et alliant les professionnels de l'action sociale, afin de réfléchir à la prise en charge de la souffrance psychique. Le but était de trouver des modalités de travail efficace entre la psychiatrie et les services sociaux. Les coordonnateurs ont évoqué l'intérêt de ces groupes car ils offraient un réel espace d'échange et de partage nécessaire à la construction des CLSM. Aujourd'hui, ils aimeraient que l'ARS organise des rencontres territoriales à l'échelle du département sur le modèle des groupes d'appui. Il serait intéressant d'appliquer le modèle des groupes d'appui sur les différents départements.
- **Diffuser des outils et des guides de bonnes pratiques :** depuis que l'ARS accompagne le développement des CLSM en Ile de France, elle a mis au point un grand nombre d'outils qu'il faudrait diffuser largement à tous les coordonnateurs, et surtout les nouveaux afin

---

<sup>95</sup> Kirschen, B., Arcella-Giroux, P., « Une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique », *Rhizome*, 2012, n°46, p. 8-9.

de les aider à cadrer leur travail de manière méthodologique. En plus du cahier des charges, et forte des travaux du CCOMS, l'ARS élabore continuellement des recommandations et guides de bonnes pratiques sur les programmes qu'elle accompagne. Ceux-ci pourraient faire l'objet de présentation aux coordonnateurs. Enfin, un.e coordonnateur/trice a mentionné l'importance d'avoir un référentiel commun d'évaluation, qui proposerait un large panel d'indicateurs dans lesquels plusieurs CLSM pourraient se retrouver (n°1).

- **Un plus grand investissement en COPIL** : Un.e coordonnateur/trice propose que la DD soit « facilitateur de la démarche et encourage la collaboration » allant, pourquoi pas, jusqu'à être coanimatrice du COPIL (n°13). Un autre groupe de coordonnateur épouse également cette suggestion (n°12).

#### 4.2.2. Veiller à la clarté du parcours des financements

Au cours des entretiens, des incohérences quant aux conditions de cofinancement sont apparues. En effet, certains CLSM ne sont que des cellules de concertation sur les situations individuelles complexes, et donc, ne sont pas des CLSM à proprement parler mais bénéficient d'une subvention de l'ARS. Par ailleurs, dans le cadre de la convention tripartite entre l'ARS, la collectivité territoriale et l'hôpital, il est prévu que le financement passe de l'Agence à l'hôpital et soit rétribué à la municipalité pour l'embauche du coordonnateur. Or, ceci n'est également pas systématiquement le cas. Les coordonnateurs qui s'octroient un rôle de modérateur à l'ARS. Ainsi, ils invitent l'ARS à exercer son autorité d'encadrante des démarches de santé publique sur les territoires.

#### 4.2.3. Améliorer la démarche évaluative

Les recommandations avancées par les coordonnateurs, quant à la démarche évaluative, portent essentiellement sur le bilan d'activités.

- **Cadre** : Moduler la date d'envoi en fonction de la date de mise en place du CLSM, envoyer le bilan au moins un mois avant la date butoir de retour, demander à ce que le bilan soit rempli par tous les signataires de la convention afin d'avoir le point de vue des membres principaux, avoir un retour de l'ARS constructif et productif, sous la forme d'une note par exemple.
- **Contenu** : Revoir la formulation de certaines questions, faire la distinction entre les membres invités ou présents, ajouter l'ordre du jour aux réunions, ne pas confondre les thématiques des groupes de travail (santé mentale des enfants, logement, soins sous contraintes) et les effets au long cours (insertion sociale, promotion de l'accès à la citoyenneté), clarifier si la question sur les effets du CLSM s'intéresse aux résultats attendus ou observés.

### **4.3. Sur la participation des usagers de la santé mentale**

La question de la participation des usagers aux CLSM fait intégralement partie du besoin de donner une nature plus démocratique et participative au dispositif. Pour rappel, selon le cahier des charges et les recommandations de l’OMS, entre autres, la participation des usagers dans les instances du CLSM, par le biais de leurs représentants, est prévue. Considérés comme le troisième pilier du trépied fondateur des CLSM, les usagers doivent pouvoir exprimer leurs besoins et attentes et faire valoir leurs droits au sein du dispositif « outil de la démocratie en santé ». Comme l’évoque Pauline Rhenter, la place accordée aux usagers dans les CLSM constitue « *l’enjeu démocratique lié au processus de construction des CLSM* » qui impose « *un véritable chantier de réflexion* »<sup>96</sup>. Pour le Dr Pilar Arcella-Giroux, les deux enjeux majeurs actuels pour les CLSM sont : leur intégration dans la mise en œuvre des PTSM et la participation des usagers. Enjeux majeurs qui ont fait l’objet d’une réflexion lors des entretiens et qui ont représenté une large part dans les échanges, tant c’est un sujet qui tient à cœur, préoccupe et interroge tous les coordonnateurs.

#### **4.3.1. Faire de la participation des usagers une priorité**

Pour que les usagers puissent participer au CLSM, comme il se doit, il faut d’abord que cela soit une priorité partagée par tous. Cependant, les coordonnateurs reconnaissent que « *la participation...c’est le sujet glissant* » (n°9) car elle implique un changement de positionnement radical de la part des professionnels, notamment ceux du secteur psychiatrique. En effet, se retrouver autour de la table avec des patients, reconnaître leur expertise en tant qu’usagers, en mettant au même niveau leurs savoirs expérientiels à la connaissance scientifique, est un défi à relever pour certains professionnels de la psychiatrie. Par ailleurs, admettant que la santé mentale reste un sujet qui peut provoquer peur et incompréhension, un.e coordonnateur/trice consent que les professionnels puissent être réticents à parler de santé mentale, et d’autant plus en face des personnes concernées (n°10). Notre interlocutrice au CCOSM émet que « *sauf si des élus locaux ou des acteurs de la psychiatrie sont particulièrement impliqués et portent cela, ça ne sera pas une priorité. Et les élus ou psy pour qui ça l’est sont rares. Les représentations qu’ont les professionnels des personnes concernées par les troubles psy jouent encore beaucoup* ».

Ainsi, pour faire de la participation des usagers une priorité, les actions de sensibilisation et la formation, sur le modèle proposé par le Psycom, sont indispensables. Ce type d’actions permet de faire avancer le processus de déstigmatisation du trouble psychique et seuls les effets de la déstigmatisation peuvent avoir un impact sur la reconnaissance de ces personnes et de leurs expériences et expertises. Il serait peut-être également intéressant de présenter aux professionnels des CLSM les travaux sur l’impact de la participation et de *l’empowerment* des patients sur leur état de santé, et commencer par des études sur des sujets de santé plus « grand

---

<sup>96</sup> Rhenter, P., *art. cit.*

public », comme l'alimentation ou l'activité sportive. Ou, comme le propose de manière hypothétique la chargée de mission au CCOMS, « *des groupes de travail avec des professionnels en leur expliquant où on en est actuellement et qu'il y a eu des avancées sur les représentations des patients et des personnes concernées par la santé mentale, et ça doit continuer d'évoluer* ».

#### 4.3.2. Intégrer les usagers dans les instances des CLSM

- **En cellule « cas complexes »** : Le guide portant sur les cellules de concertation sur les situations individuelles complexes élaboré par le CCOMS<sup>97</sup> stipule que : « *Une commission de réflexion et d'aide pour les personnes en situation difficile n'a pas pour fonction principale d'être un lieu de soutien aux professionnels, d'échanges de pratiques et de conseils entre partenaires. Il s'agit d'une instance d'un CLSM* ». De plus, « *le partage d'informations concernant une personne pourra être envisagé si, et seulement si cette dernière a été préalablement informée, de manière éclairée et a donné son accord* ». Bien que la présence de la personne concernée ne soit pas exigée lors de la présentation de sa situation, elle est fortement recommandée. Le Dr Pilar Arcella-Giroux insiste depuis de nombreuses années sur l'importance du fait que la personne présente son propre cas, dans un effort d'*empowerment* de la personne. Cependant, dans les faits, cela n'est pas systématiquement le cas. Certains coordonnateurs ont évoqué leurs incertitudes concernant le cadre éthique et déontologique des cellules. Ils pensent qu'il serait inconfortable pour la personne d'assister à la cellule, à la présentation de sa situation et aux débats entre professionnels qui s'en suivraient car cela pourrait avoir des conséquences dommageables pour elle.
- **Sur des projets** : idéalement, il faudrait avoir des représentants d'usagers au COPIL ou, au moins à l'assemblée plénière et que cette dernière leur confère la possibilité de s'exprimer. Mais, si cela semble être une étape difficile à franchir, il est primordial de construire avant tout des liens de confiance réciproques. S'inscrire dans une démarche d'aller-vers prend du temps mais porte ses fruits. Plusieurs coordonnateurs ont adopté cette approche et sont allés à la rencontre des associations d'usagers et/ou GEM de leur territoire. Cela a certes pris du temps, mais tisser des liens de confiance, expliquer ce qu'est un CLSM, qui y est impliqué et pourquoi leur présence est souhaitée se fait pas à pas. Sur un territoire, à son arrivée, le/la coordonnateur/trice a décidé d'impliquer d'emblée les usagers du GEM dans le diagnostic local de santé mentale et en a fait la priorité du CLSM. Citons deux autres exemples non franciliens : le COSM (conseil d'orientation de santé mentale) de Marseille a mis en place des focus group avec des usagers et a élaboré un cahier de doléances à destination des professionnels pour les

---

<sup>97</sup> CCOMS, *op. cit.*

aider à accompagner les personnes en situation de handicap psychique<sup>98</sup>. Dans la région de Lille, le CISSMC (Conseil Intercommunal de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté) a monté un projet innovant : les forums de participation au sein d'un établissement de santé accueillant des personnes en situation de handicap psychique. Ces espaces ont donné naissance à des groupes de travail suite à l'élection de porte-parole d'usagers. Des outils ont été créés, comme des fiches d'information et un carnet de doléances, des suggestions etc. La chargée de mission indique que quand il n'y a pas de ressources locales, comme des GEM, ce type de projet peut aider à mobiliser les personnes et faire ainsi évoluer les pratiques professionnelles<sup>99</sup>.

#### **4.3.3. Penser à des projets pour les usagers**

Pour un.e des coordonnateurs/trices interrogés, il est important de distinguer les projets pensés par et à destination des professionnels de ceux construits avec et pour les usagers (n°6). Par exemple, les projets « classiques » comme la formation ou le travail sur l'interconnaissance professionnelle, sont envisagés dans le but de faciliter le travail des professionnels, et ensuite, la prise en charge des personnes. Et c'est bien les effets de ces projets qui donnent lieu, dans un second temps du CLSM, à des projets qui répondent davantage aux besoins des personnes concernées. Par exemple, sur le territoire en question, le CLSM travaille avec une association d'éducation populaire, dans le groupe de travail portant sur le logement, à la création d'ateliers de bricolage, afin d'aider les personnes à prendre soin de leur logement, d'effectuer des petits travaux et renforcer leur autonomie. De plus, le CLSM a mis en place un « bus de la santé mentale » et organise régulièrement des soirées avec les GEM des territoires dans le but de lutter contre la stigmatisation liée au trouble psychique, de créer du lien entre les habitants des quartiers et de rompre l'isolement des personnes en souffrance psychique.

Le/la coordonnateur/trice estime que le passage d'un type de projet à l'autre, « de la formation à l'action » s'est fait naturellement, grâce à des personnes investies, mais « *un truc qui joue vachement, c'est la présence des usagers* ». Intégrer les usagers dans des projets concrets les valorise, leur permet de comprendre qu'il s'agit avant tout d'actions cherchant à faciliter leur quotidien, et favorise leur *empowerment* en les aidant à trouver par eux-mêmes des solutions à leurs problèmes du quotidien

#### **4.3.4. Réfléchir aux conditions favorables à la participation**

Notre interlocutrice à la Fabrique Territoires Santé évoque les travaux menés par la coordonnatrice du CLSM de Grigny, qui s'est intéressée aux conditions favorables à la

---

<sup>98</sup> Rhenter, P., Carbonnel, N., « Qu'est-ce que participer pour les usagers ? », *Rhizome*, 2015, n°58, p. 5-7.

<sup>99</sup> Journée d'actualité sur le Conseil Local de Santé Mentale, CNFPT, 29 juin 2018



participation plutôt qu'à l'injonction participative qu'il est possible de voir dans les politiques publiques de santé. En effet, parler de la participation des usagers appelle à réfléchir aux limites « sociales » mais aussi aux contraintes pratiques qui entravent la possibilité de participer pour les personnes concernées. Par limites « sociales », nous entendons ici les freins précédemment évoqués, à savoir le positionnement des professionnels de santé, les peurs liés aux troubles psychiques, et tous les facteurs sociologiques qui confèrent une image négative aux handicaps et souffrances psychiques et qui invalident le vécu des personnes concernées. Cependant, il existe des limites plus concrètes et tangibles qui peuvent être tout aussi invalidantes. Le modèle même de fonctionnement des CLSM et ses modalités de travail ne permettent pas aux usagers de s'associer aux CLSM et de pouvoir s'exprimer confortablement. Les réunions sont longues et formelles, les professionnels s'expriment dans leur jargon. De plus, les usagers ne sont pas rémunérés pour leur intervention, prennent sur leur temps personnel et doivent se déplacer à leur frais et par leurs propres moyens. Ces éléments font partie des nombreux freins pratiques qui, aujourd'hui, méritent d'être considérés étudiés de manière approfondie afin de garantir des conditions favorables à la participation des usagers.

#### **4.3.5. Faire du lien avec d'autres structures travaillant auprès du public**

Il est important de mentionner que certains territoires n'ont ni GEM ni associations d'usagers. De plus, tous les usagers ne se regroupent pas en GEM ou en association. En effet, la vie associative des personnes en souffrance psychique témoigne déjà d'un élan vers une (re)socialisation, or de nombreuses personnes vivent en retrait et sont isolées. Plusieurs coordonnateurs ont évoqué cela comme étant la principale limite à la participation des usagers. Afin de remédier à ce problème, un.e coordonnateur/trice envisage de créer et de diffuser un questionnaire aux médecins du CMP qui, s'ils sont d'accord, le transmettront à leurs patients, afin de recenser leurs attentes et besoins, et voir comment le CLSM pourrait collaborer avec eux (n°8). Par ailleurs, notre interlocutrice au Psycom propose aux coordonnateurs de se tourner vers les maisons de quartier, qui, fortes de plusieurs décennies d'expérience, ont mis au point des techniques de participation citoyenne et sont en contact avec les habitants. Elle évoque aussi la possibilité de travailler en partenariat avec les médiateurs socio-culturels, également en contact fréquent avec les habitants des territoires. Enfin, sur de nombreux territoires existent des ESAT (établissements et service d'aide par le travail) qui pourraient être une ressource intéressante à mobiliser, pour tisser des liens avec les usagers mais également réfléchir à des projets innovants sur l'insertion sociale par l'emploi.

Pour conclure, il est nécessaire de prendre un temps de réflexion sur ce qui est attendu de cette participation. Pourquoi demander aux personnes de participer au CLSM ? Qu'est-ce que cela

signifie pour elles, pour les professionnels ? Qui sont les usagers, ne pourrait-il pas s'agir, finalement, de tous les habitants d'un territoire puisque la santé mentale concerne tout le monde ? Que recherche-t-on à travers cette démarche de participation citoyenne des personnes en souffrance psychique ? Il est primordial de poser un cadre conceptuel autour de la participation des usagers avant de penser à ses freins et ses leviers.

## CONCLUSION

Notre étude démontre qu'en premier lieu, la politique de santé mentale s'implante à l'échelle locale en réponse à des problématiques urgentes, qui nécessitent une stratégie coordonnée entre les différents acteurs de la cité. L'inscription dans l'agenda municipal de la santé mentale à travers le conseil local de santé mentale répond à un intérêt politique, ce dernier étant à la fois symbolique et pratique. Symbolique parce qu'établir un CLSM et mettre en œuvre une politique locale de santé mentale signifient que la prise en compte de la santé mentale des concitoyens est une priorité pour la collectivité territoriale. Pratique parce que cela traduit ensuite le besoin de travailler de manière intersectorielle, en réponse à des situations individuelles complexes qui déstabilisent professionnels, acteurs associatifs et, finalement, l'ordre public. Toutefois, s'inscrire dans une démarche telle que le CLSM indique bien la volonté de changer de paradigme dans une prise en charge des troubles psychiques qui s'éloigne de l'hospitalo-centrisme de la psychiatrie publique et qui s'intègre dans le milieu de vie des personnes concernées.

Nous constatons que la composition des CLSM détermine en grande partie la priorisation des axes de travail. La relative absence des personnes concernées dans les instances, représentées plus par leurs proches que par elles-mêmes, témoigne de leur absence de participation à l'élaboration des objectifs et des missions du CLSM. Ainsi, la conception de la politique de santé mentale, bien qu'intégrée à la réalité du territoire local, semble « faire l'impasse » sur l'intégration du point de vue des habitants. La question de la participation des usagers soulève de nombreux défis et se heurte à des limites conceptuelles (telles que la prise en compte des savoirs expérientiels, les positionnements sur le rétablissement etc.) et pragmatiques (c'est-à-dire les conditions pratiques favorables à la participation). Il semble que les limites de la participation des usagers en santé mentale soient similaires aux freins de la participation citoyenne au sens large, ce qui représente un enjeu majeur pour les dispositifs publics sanitaires et sociaux.

Par ailleurs, nous avons vu que l'ARS Ile de France avait joué un rôle important dans l'accompagnement pédagogique et méthodologique des CLSM. Inscrits dans sa politique de santé mentale, les CLSM représentent pour l'Agence un levier d'inclusion de la santé mentale dans la cité.

Enfin, le CLSM, en tant que système de valeurs partagées, dépend de la volonté des partenaires à s'investir pleinement et de conférer un dynamisme pérenne au dispositif. Les partenariats, étant personnes-dépendants, rajoutent à la complexité du rôle de coordonnateur et représentent une fragilité du dispositif, qu'il est important de prendre en compte.

Les changements de pratiques, la prise en compte de la santé mentale de manière transversale, l'inclusion des personnes en souffrances psychiques dans la cité, les effets des actions de promotion de santé mentale et la démocratie en santé mentale prennent du temps à s'installer. Et les effets de ces révolutions ne peuvent devenir visibles qu'à long terme.

Le contexte national actuel en santé mentale est favorable à l'essor des CLSM. En effet, à travers la feuille de route du 1<sup>er</sup> Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, la Ministre des solidarités et de la santé, Madame Agnès Buzyn, a présenté un plan visant à changer le regard sur la santé mentale et les maladies psychiques. Il est écrit que « *l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements (...) Cela ne sera possible que dans **une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d' "aller-vers" et d'empowerment*** »<sup>100</sup>. Bien que cette feuille de route ne cite pas, à regret, les CLSM, elle reprend cependant les éléments essentiels de l'ADN l'essence même des conseils, à savoir la transversalité et la territorialisation de la politique de santé mentale. Cela est donc encourageant quant à la légitimité et au développement des conseils sur la région.

---

<sup>100</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, 28 juin 2018. [En ligne] URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

---

## Bibliographie

---

### Articles

Amat-Roze, J-M., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 2011, n°143 (vol. 4), p. 13-32.

Arcella-Giroux, P., Berthon, C., « Les ARS et le développement des CLSM », *L'Information Psychiatrique*, 2015, 7 (vol. 91), p. 586-590.

Bertolotto, F., « Fonction spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale », *Rhizome*, 2006, n°24, p. 5-6.

Beydon, N., « Les soins sous contraintes », *EMPAN*, 2013, n°89 (vol. 1), p. 85-89.

Biarrez, S., « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) », *Revue française d'administration publique*, 2004, n°111 (vol. 3), p. 517-531.

Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., & Mousquès M., (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la santé*, 2009, n°145, p.1-8.

David, O., « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », *La Santé de l'Homme*, 2006, n°383, p. 18-20.

Demilly L., « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 18 juin 2014. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4653>

Dutoit M., « Usagers et citoyens en santé mentale », *Vie Sociale et Traitements*, 2011, n°109, p. 60-63.

El Ghazi, L. « Pouvoir de convocation des Maires : imposé par la loi ou négocié dans la confiance ? », *Rhizome*, 2006, n°24, p. 6.

El Ghazi, L., « Les politiques municipales de santé publique », *Les Tribunes de la Santé*, 2012, n°34, (vol. 1), p. 19-33.

Feys J-L., « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'Information psychiatrique*, 2017, n°6, (vol. 93), p. 457-463

Guézennec, P., Roelandt, J-L., « Le conseil local : le chaînon manquant de la santé mentale », *La Santé en Action*, 2016, n°436, p.5-7.

Horassius Jarrié N., « Le secteur de psychiatrie, histoire, organisation, éthique et déontologie », présenté à l'Ecole de la Magistrature le 18 septembre 2006  
[En ligne] URL : <http://senononline.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/ENM/horassiusus.pdf>

Kirschen, B., Arcella-Giroux, P., « Une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique », *Rhizome*, 2012, n°46, p. 8-9.

Lambooy B., « La santé mentale : état des lieux et problématique », *Santé Publique*, 2005, n°4 (vol. 17), p. 583-596.

Le Grand, E., Laurent-Becq, A., « Développer une approche territorialisée de la santé », *La Santé de l'Homme*, 2006, p. 16-17.

Lengellé C., « L'esprit du secteur : Entretien avec Lucien Bonnafé », *Santé Mentale*, 2000, n°51, p. 16-20.

Monsaingeon C., Mugnier, C., Sabatier, J. & Vaillant, A. "En partant des GEM : je trame, nous tramons", *Pratiques en Santé Mentale*, 2, 2018, p. 37-40.

Muller-Quoy, I., « V. La territorialisation des politiques sanitaires », *Droits et gestion des collectivités territoriales*, 2009, tome 29, p. 79-89.

Rhenter P., « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », *Journal Français de Psychiatrie*, 2010, n°38 (vol. 3), p. 12-15.

Rhenter, P., « Le conseil local de santé mentale : nouvel outil d'empowerment des usagers ? », *La Santé de l'Homme*, 2011, n°413, p. 34-36.

Rhenter, P., Carbonnel, N., « Qu'est-ce que participer pour les usagers ? », *Rhizome*, 2015, n°58, p. 5-7.

Rican, S., Vaillant, Z. « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, 2009, vol. 27, p. 33-42.

Vigneron, E., « Les territoires au cœur de la réforme », *Droits et santé*, n°26, p. 689.

Weiner D.B., « Sur les pas de Pinel à la Salpêtrière, d'après des documents inédits\* », *Histoire des Sciences Médicales*, 1997, Tome XXXI (vol. 1), p. 37-44.

Whitehead, M., Dahlgren G., « What can we do about inequalities in health. », *The Lancet*, 1991, n° 338, p. 1059-1063.

## **Discours**

Roelandt, J-L., « Les clsm, outils essentiels de la démocratie sanitaire », à la 3e rencontre nationale de l'association Élus, Santé Publique et Territoires, 18 septembre 2014.

[En ligne] URL : [http://www.espt.asso.fr/images/ACTIVITES/cat-journees\\_d-etude/1409\\_JE15\\_clsmsism\\_ouverture\\_JL-ROELANDT.pdf](http://www.espt.asso.fr/images/ACTIVITES/cat-journees_d-etude/1409_JE15_clsmsism_ouverture_JL-ROELANDT.pdf)

## **Lois, instructions et circulaires**

Circulaire relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, 12 décembre 1972, n°DGS/2030.

Circulaire relative aux conseils de santé mentale de secteur (mise en place de la sectorisation psychiatrique), 15 janvier 1974, n°78.

[http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15janvier1974.pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15janvier1974.pdf)

Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, 15 mai 1960.

<http://www.chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/circulaires/circulaire-15-mars-1960.pdf>

Circulaire relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville, 5 décembre 2014, n°SG/CGET/2014/376

[http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-02/ste\\_20150002\\_0000\\_0084.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-02/ste_20150002_0000_0084.pdf)

Instruction relative à la consolidation et généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville, 30 septembre 2016, n°DGS/SP4/CGET/2016/289

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/10/cir\\_41379.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/10/cir_41379.pdf)

Instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale, 5 juin 2018

N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir\\_43485.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43485.pdf)

*Loi sur les aliénés*, 30 juin 1838, n°7443.

<https://psychiatrie.crapa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Rcueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquirol?lang=fr>

*Loi portant diverses dispositions d'ordre social*, 25 juillet 1985, n°85-772.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000317523&categorieLien=id>

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

*Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1)*, 11 février 2005, n°2005-102.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

*Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 21 juillet 2009, n°2009-879.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

*Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*, 5 juillet 2011, n°2011-803.

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

*Loi de modernisation de notre système de santé*, 26 janvier 2016, n°2016-41.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

## **Mémoire**

Laura Fizelier, « Animation territoriale de santé et contrat local de santé : quelles articulations ? L'exemple de trois territoires en Bretagne », Mémoire de Master en Santé Publique (Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique), sous la direction du Docteur Françoise Jabot, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2013, 101p.

## Ouvrages

Agence Régionale de Santé Ile de France, *Soins psychiatriques sans consentement : Guide à l'intention des maires et des services communaux*, Paris, 2015, 76p.

[En ligne] URL : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide\\_Psy-sans-consentement-2015.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide_Psy-sans-consentement-2015.pdf)

Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, *Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)*, Lille, 2013. [En ligne] URL :

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf>

Institut Montaigne et Fondation Fondamental, *Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français*, Paris, 2014, 94p. [En ligne] URL :

[http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude\\_sante\\_mentale\\_institut\\_montaigne.pdf](http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf)

Pommier F., « Traitement moral, exclusion et temporalité : psychiatrie, psychanalyse et santé du bien-portant », dans J. Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 257-266.

OMS, *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, WHO, 2001, 172p. [En ligne] URL : [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1)

Organisation Mondiale de la Santé, *La Situation de Santé Mentale*, Genève, 2004

[En ligne] URL : [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Situation\\_de\\_sante\\_mentale\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf)

OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, WHO, 2013, 52p. [En ligne], URL :

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessionid=6F196AE27A2DC020C957E453B8A11AE3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=6F196AE27A2DC020C957E453B8A11AE3?sequence=1)

Oury J., *Préfaces*, Orléans, Éditions Le Pli, 2004, 202 p

## Rapports et enquêtes

Agence Régionale de Santé Ile de France, *Soins psychiatriques sans consentement : Guide à l'intention des maires et des services communaux*, Paris, 2015, 76p.

[En ligne] URL : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide\\_Psy-sans-consentement-2015.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide_Psy-sans-consentement-2015.pdf)

Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, *Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)*, Lille, 2013, 6p.

[En ligne] URL :

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf>

Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, *Repères sur les commissions de réflexions et d'aide pour des personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale*, Lille, 2018, 20p. [En ligne] URL : [http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/01/20180115\\_Rep%C3%A8re-situation-difficile-CLSM-2.pdf](http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/01/20180115_Rep%C3%A8re-situation-difficile-CLSM-2.pdf)

Roelandt, J-L., « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité », rapport remis au ministre délégué à la santé le 12 avril



2002. [En ligne] URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000189.pdf>

Robiliard, D. *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, présenté le 18 décembre 2013. [En ligne] URL : [http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp#P1513\\_203637](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp#P1513_203637)

Laforcade, M. *Rapport relatif à la santé mentale*, remis le 10 octobre 2016. [En ligne] URL : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

### Sites internet

Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, « Historique et cadre législatif des CLSM », <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/historique-et-cadre-legislatif-des-clsm/>

Fnapsy, « Historique », <https://www.fnapsy.org/?page=2&PHPSESSID=0249efea6e8a78a3f640578a5c8fe61d>

Galoin A. (2008), « Approche historique de la folie » <http://www.histoire-image.org/fr/etudes/approche-historique-folie>, dernière mise à jour septembre 2008.

INSEE, « Les quartiers de la politique de la ville en Ile de France », <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2658852>, analyses Ile de France n°57, parue le 17.03.2017. Organisation Mondiale de la Santé, « La santé mentale : renforcer notre action », <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, dernière mise à jour le 30 mars 2018

Service-Public (2018), « Fiche pratique : Hospitalisation pour troubles mentaux » <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>, vérifiée le 2 juillet 2018

Semaine d'Information sur la Santé Mentale, « Les SISM, qu'est-ce que c'est ? », <https://www.semaine-sante-mentale.fr/sism-2/les-sism-quest-ce-que-cest/>

Unafam, « Qui sommes-nous ? », <http://www.unafam.org/-Qui-sommes-nous-.html>

### Charte et Documents officiels

Agence Régionale de Santé Ile de France, *Projet Régional de Santé 2018-2022*. [En ligne] URL : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2-schema-regional-sante.pdf>

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*, 28 juin 2018. [En ligne] URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

Organisation Mondiale de la Santé, *Constitution*, adoptée par la Conférence Internationale de la Santé, NY : New York, 22 juillet 1946. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa*, ON : Ottawa, 21 novembre 1986. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)



---

## Liste des annexes

---

Annexe n° 1 : Cahier des charges des CLSM, ARS Ile de France

Annexe n°2 : Référentiel d'évaluation des CLSM 2018

Annexe n°3 : Liste des entretiens réalisés

Annexe n°4 : Grille d'entretien – coordonnateurs CLSM

Annexe n°5 : Grille d'entretien – référents délégations départementales de l'ARS

Annexe n°6 : Trame vide du bilan d'activités

Tableau n°1 « Caractérisation des CLSM d'Ile de France »

Tableau n°2 « Thématiques traités par les groupes de travail des CLSM »

## CAHIER DES CHARGES

### CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE

#### 2018-2022

### Préambule

L'ARS s'attache à promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale envisagée dans son acception large et non comme la seule prise en charge des maladies psychiatriques. Aussi, la politique de santé mentale en Ile de France s'inscrit dans un continuum qui englobe la bonne santé mentale, la souffrance psychique aigüe ou durable, la maladie psychique, la maladie chronique, le handicap psychique. Elle concerne toute la population à des degrés divers et implique de nombreuses interfaces entre promotion de la santé et prévention / offre de soins / accompagnement<sup>101</sup> :

- Cette approche doit aider à mobiliser de manière coordonnée et articulée l'ensemble des ressources locales, en particulier celles opérant dans les domaines sanitaire, médico-social et social, pour une meilleure prise en compte de la santé mentale sur le territoire
- Dans ce cadre, l'ARS a mis en place une politique volontariste de promotion des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), qui s'articule avec les Contrats locaux de santé et la Politique de la ville.
- L'ARS poursuit ainsi l'un de ses objectifs prioritaires qui vise à faire du Contrat local de santé l'outil de contractualisation privilégié de sa stratégie territoriale de partenariat avec les communes. Les Contrats locaux de santé permettent de soutenir les dynamiques locales en direction des populations vulnérables, de réduire les inégalités, et de promouvoir la démocratie sanitaire.
- Par ailleurs, les CLSM font partie des acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale, aussi bien pour l'élaboration du diagnostic territorial partagé que pour l'élaboration, mise en œuvre et évaluation du projet territorial de santé mentale lui-même.

### Contexte législatif

Les dispositifs législatifs réglementaires sont :

- Dès les années 70, les **circulaires DGS-2030 du 12 décembre 1972, et DGS-891 du 9 mai 1974** incitent à la création de Conseils de Santé Mentale de Secteur
- Les **Plans de Santé Mentale 2005- 2008 et 2011-2015** incitent à la création des Conseils Locaux de Santé Mentale, et la Cour des Comptes ainsi que le Haut Conseil de Santé Publique recommandent le développement de ces outils qui permettent de mieux intégrer la santé mentale dans la cité et ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux.
- La **Circulaire SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014** relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville selon laquelle la mobilisation des conseils locaux de santé mentale existants et leur développement constitueront l'un des objectifs du volet santé du contrat de ville, ce notamment afin d'améliorer les conditions de diagnostic et de prise en charge du public jeune.
- L'**INSTRUCTION N° SG/2016/14 du 8 janvier 2016** relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation et dans laquelle est demandé aux ARS de désigner des référents régionaux radicalisation. Ces référents pourront mobiliser les acteurs et professionnels de la psychiatrie infantile-juvénile notamment en ville, au sein des maisons des adolescents, des points accueil écoute jeunes et des centres médico-psychologiques. Les conseils locaux de santé mentale peuvent également contribuer au titre de leur mission de prévention.

---

<sup>101</sup> Schéma régional de santé 2018-2022, Fiche santé mentale

- **La Loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016**, notamment les articles 67 relatif au pacte territoire-santé, 69 relatif au projet territorial de santé mentale et 158 relatif au projet régional de santé.
  - Inscription des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale
  - Les CLSM sont consultés pour avis sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale préalablement à leur validation par le Directeur général de l'ARS
  - Ils peuvent par ailleurs être associés à l'élaboration de la convention constitutive des communautés psychiatriques de territoire
  
- **L'INSTRUCTION N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016** relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville
  - Les ARS s'attacheront, en cohérence avec leur projet régional de santé et les projets territoriaux de santé mentale en lien étroit avec les collectivités territoriales, à impulser et favoriser le déploiement des CLSM qui devra s'articuler avec celui des contrats locaux de santé
  - Afin de prendre en compte les priorités de santé publique figurant dans la stratégie nationale de santé, les CLSM veilleront à travailler spécifiquement sur la santé mentale des adolescents et des jeunes afin de permettre une prise en charge la plus précoce possible
  
- **L'INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale**, visant à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, rappelle le fait que le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête le diagnostic, puis le projet territorial de santé mentale après avoir sollicité pour chaque document l'avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, conformément à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

**Au niveau local, les communes, même si elles ne possèdent pas de compétences en matière de santé, ressentent sous l'influence convergente du déploiement de la psychiatrie vers la cité et de la prise de conscience des difficultés de santé mentale de la population, la nécessité d'une politique de promotion, de prévention, d'accès aux soins, et d'inclusion sociale qui ne peut être mise en œuvre sans la participation action de tous les acteurs de la cité**

- Les déterminants sont les mêmes pour la santé que pour la santé mentale, et les équipes de psychiatrie ne peuvent viser à la promotion de la santé mentale, ainsi qu'à l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique sans une coordination des actions menées au niveau local entre les différents acteurs dans les domaines sanitaires, social, éducatif, judiciaire, culturel, sportif, du logement, et de l'insertion professionnelle.
- Les CLSM permettent le décloisonnement des pratiques et des acteurs. Ils sont le lieu de convergence et de débats pour la mise en œuvre de politiques locales de santé mentale et l'application des politiques nationales. Ils s'adressent à la population des zones concernées, représentées par les élus, les habitants des quartiers, les associations d'usagers en santé somatique et psychique, les aidants, ainsi que tous les professionnels concernés.
- Les CLSM sont aussi un outil d'évaluation des besoins des populations ainsi que des professionnels censés y répondre.

## Objectifs du Cahier des charges

- Le cahier des charges fixe un cadre pour les professionnels, les élus, les usagers, les institutions, les établissements et les associations concernées par l'action du CLSM. Il les aide à arrêter l'organisation de celui-ci, ses missions, ses objectifs, ses méthodes de travail, et ses règles déontologiques.
- Il présente le cadre qui semble le plus pertinent pour constituer un espace de concertation adapté à chaque niveau local.
- Il constitue le minimum requis pour la mise en place d'un CLSM, et son financement par l'ARS.
- Il fixe les bases de l'évaluation de l'action du CLSM.

### 1) Définition du CLSM :

- Le Conseil Local de Santé Mentale est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police...)
- Il a pour mission de favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local.

- Il mène son action sur un territoire de proximité, infra-communal, communal, ou intercommunal qui doit être pertinent pour les acteurs locaux.

## **2) Missions du CLSM :**

Le CLSM a comme missions :

- Mettre en place une observation en santé mentale visant :
  - o A repérer les données épidémiologiques et sociodémographiques disponibles ou à recueillir.
  - o A connaître et partager l'état des ressources existantes sur le territoire, ainsi que les besoins de santé et leurs déterminants repérés par les acteurs, les habitants et les usagers.
- Coordonner le partenariat
- Développer une stratégie locale répondant aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès aux soins et de continuité de ceux-ci, ainsi que d'inclusion sociale.
- Participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale, à la définition du projet territorial de santé mentale, à sa déclinaison opérationnelle et à son évaluation.

## **3) Objectifs du CLSM :**

### **3.1) Objectifs stratégiques :**

- Organiser un diagnostic local de la situation en santé mentale.
- Développer l'éducation et la promotion en santé mentale.
- Permettre l'égal accès à la prévention et aux soins ainsi que la continuité de ceux-ci.
- Favoriser l'inclusion sociale, l'accès à la citoyenneté et l'autonomie des usagers.
- Contribuer à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques.

### **3.2) Objectifs opérationnels :**

- Prioriser des axes de travail à partir du diagnostic réalisé.
- Développer et conforter les partenariats nécessaires entre les acteurs concernés.
- Mettre en œuvre un plan d'action afin de mieux répondre aux besoins de la population du territoire concerné.
- Améliorer la lisibilité des ressources locales et leur accessibilité par les acteurs du territoire et ses habitants.
- Améliorer les pratiques professionnelles.
- Faciliter la participation des usagers et de leurs aidants

## **4) Gouvernance du CLSM**

- Le maire ou l'élu représentant un regroupement de communes préside le CLSM.
- Le(s) chef(s) de secteur(s) ou de pôle(s) sectoriel(s) de psychiatrie publique est (sont) étroitement associé(s) au pilotage du CLSM.
- Les représentants des usagers et des aidants sont partie prenante à part entière du CLSM dès sa constitution.
- La délégation départementale de l'ARS est représentée au comité de pilotage.
- Le maire, ou l'élu représentant un regroupement de communes, préside le CLSM et fixe la composition de son comité de pilotage :

### **4.1) Le comité de pilotage :**

- Le comité de pilotage rassemble le maire ou l'élu représentant un regroupement de communes, président, les élus concernés par l'action du CLSM, les chefs de secteurs ou de pôle représentant la psychiatrie publique, les associations des représentants des usagers et des aidants présents sur le territoire du CLSM, le coordonnateur du CLSM, le représentant de la délégation territoriale de l'ARS, des représentants des professionnels de santé libéraux, des travailleurs sociaux, un représentant de la MDPH, un représentant de l'éducation nationale, le coordonnateur de l'ASV, le coordonnateur du CLS s'il est différent de celui du CLSM, et toute personne désignée par l'assemblée plénière.
- Il arrête les objectifs prioritaires du CLSM, son programme de travail, les modalités du partenariat à mettre en œuvre, et le choix et la composition des différents groupes de travail
- Il suit la mise en œuvre du programme de travail du CLSM et informe l'ARS des besoins repérés sur le territoire et des actions mises en place pour y répondre.
- Il recherche les ressources financières nécessaires au fonctionnement du CLSM.

- Il prévoit les modalités de l'évaluation et rend compte de celle-ci à l'assemblée plénière.
- Il se réunit au moins deux fois par an pour assurer ses missions

Afin d'améliorer la réactivité du COPIL, un bureau restreint présidé par le maire ou l'élu peut être organisé. Il réunit à minima la psychiatrie publique, les associations de représentants des usagers ou leurs aidants et, en tant que de besoin, la Délégation départementale de l'ARS

#### **- 4.2) L'assemblée plénière :**

- L'assemblée plénière rassemble tous les membres et partenaires du CLSM : élus, professionnels de santé, travailleurs sociaux, établissements, institutions, associations, usagers, habitants, et tout professionnel concourant à l'action du CLSM.
- Elle est force de propositions, et est un lieu d'échanges et de concertation.
- Elle se réunit au moins une fois par an pour dresser un bilan de l'action du CLSM.

#### **5) Le coordonnateur :**

- Le coordonnateur est responsable du fonctionnement courant du CLSM, de la mise en œuvre de son programme de travail ainsi que de l'animation du partenariat. Il prépare les assemblées plénières et comités de pilotage et assure leur suivi.
- Il établit pour ces instances et pour l'ARS les éléments nécessaires à l'évaluation de l'action du CLSM.
- Il devra répondre au référentiel de compétences joint en annexe de l'appel à projet, et si besoin engager dans un délai de 2 ans les formations qualifiantes nécessaires à l'exercice de ses fonctions<sup>102</sup>.
- Il exerce sa mission de coordination dans le cadre d'un pilotage assuré par le maire de la commune ou le représentant du regroupement de communes où est implanté le CLSM.
- Une mutualisation peut être mise en œuvre entre plusieurs CLSM, ou avec un contrat local de santé si celle-ci permet de renforcer la cohérence des actions mises en œuvre.
- Le coordonnateur est intégré dans l'équipe de pilotage des Contrats Locaux de Santé signés sur son territoire.
- Le directeur du Centre hospitalier ou la collectivité, selon qui est l'employeur du coordonnateur pour la quotité de travail cofinancée par l'ARS, organise son recrutement. Pour ce faire, sont associés le maire de la commune d'implantation du CLSM, si l'employeur est l'hôpital, ou le responsable de la psychiatrie de secteur, si l'employeur est la ville, ou l'élu représentant un regroupement de communes si le territoire du CLSM est intercommunal.

#### **6) Articulation avec les Contrats locaux de santé**

De par le caractère contractuel et partenarial des CLSM et conformément à la stratégie territoriale de l'ARS, les CLSM s'inscrivent dans le cadre des Contrats locaux de santé dont ils constituent un élément structurant du volet santé mentale.

A ce titre, sauf exception, l'ARS ne financera des CLSM que si leur action s'intègre dans un Contrat local de santé.

#### **7) Articulation avec la politique de la ville**

Les CLSM ayant une mission d'inclusion sociale, leur action doit être fortement articulée avec les outils mis en place dans le cadre de la politique de la ville (Contrats de ville, Ateliers santé ville -ASV).

Si un ASV est en place dans le territoire du CLSM, le coordonnateur de cet atelier sera associé au fonctionnement de celui-ci dès sa création et siègera à son comité de pilotage.

#### **8) Intégration des CLSM dans l'organisation régionale de la coordination des politiques publiques**

- Les CLSM s'intègrent dans l'ensemble des dispositifs de coordination des politiques publiques mis en œuvre au niveau régional, départemental et local et devront s'adapter à l'évolution de ceux-ci.

<sup>102</sup> <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=formations>

- Leur action sera portée à la connaissance de la commission régionale de coordination des politiques publiques, des conseils territoriaux de santé, ainsi que de la sous-commission de la CRSA créée conformément au Plan Psychiatrie Santé Mentale.

## **9) Actions prioritaires du CLSM**

Le CLSM permet une meilleure visibilité des ressources et des besoins existant sur le territoire. Grâce à son travail en réseau, il met en œuvre :

### **9.1) L'observation locale :**

- Un diagnostic est réalisé afin de recueillir les données nécessaires à l'évaluation des besoins et des ressources en santé mentale du territoire.
- Ce diagnostic repose sur plusieurs sources de données (CLS, Ateliers Santé Ville, observatoires locaux et régionaux, CPAM, établissements de santé, enquêtes universitaires, Education Nationale, agences d'urbanisme, réseaux de santé, MDPH...) et regroupe plusieurs types de données, quantitatives et qualitatives (état de santé mentale de la population et de ses déterminants, recours aux soins libres et contraints, représentation des troubles de la santé mentale, politiques de santé locales, état des partenariats, ressources et offre sur le territoire...).
- Une fonction de veille et d'alerte est mise en place dans le cadre de cette observation.

### **9.2) La prévention et l'amélioration de l'accès aux soins :**

L'action du CLSM permet :

- De repérer précocement les troubles et de faciliter l'accès aux soins pour des prises en charge précoces et adaptées.
- De faciliter la coordination de l'action des acteurs de l'urgence
- De prévenir l'aggravation des troubles et leurs conséquences sur l'état de santé de la personne et son insertion sociale.
- De favoriser la promotion de la santé mentale.
- De contribuer à réduire les inégalités socio-territoriales de la santé mentale.

### **9.3) L'éducation et la promotion en santé mentale :**

Le CLSM développe l'éducation et la promotion en santé mentale :

- En apportant à la population générale des connaissances minimales des signes et symptômes
- En présentant à la population générale et aux professionnels médicaux-sociaux et éducatifs les institutions et structures de soins intervenant dans le champ de la santé mentale.

### **9.4) L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion :**

Le CLSM met en place et coordonne les partenariats visant :

- A faciliter l'accès et le maintien dans le logement, ainsi que l'insertion professionnelle et la formation.
- A favoriser l'accès aux loisirs et à la culture des usagers.
- A promouvoir l'accès à la citoyenneté des usagers.

### **9.5) La lutte contre la stigmatisation :**

Le CLSM engage des actions visant à développer une représentation positive commune de la santé mentale et à déstigmatiser les personnes concernées par les troubles psychiques en mettant en place :

- Des actions de prévention et d'information sur les troubles psychiques.
- L'utilisation de supports de communication divers visant le grand public.
- La promotion des outils nécessaires à cette déstigmatisation.

### **9.6) La promotion d'outils d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques :**

Le CLSM contribue à favoriser la création d'outils d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques (GEM, SAMSAH, SAVS, ESAT, logement adapté)

### **9.7) La promotion de la participation des usagers et leurs aidants aux actions**

Le PRS 2018-2022 de l'Île-de-France s'appuie sur certains notions clés dont celle du « pouvoir d'agir ». Il s'agit ici d'une « approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie, dans un souci



d'équité. Chaque individu, chaque communauté où qu'il se situe dans l'échelle sociale possède un potentiel, des ressources et doit pouvoir utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence<sup>103</sup>. »

Dans ce cadre, l'une des stratégies d'intervention de l'axe 4<sup>104</sup> du PRS 2 est celle de développer la participation et l'implication des usagers, familles, aidants, de leurs associations et de leurs représentants pour porter la parole de l'utilisateur dans toutes les instances le concernant. Le CLSM promeut cette approche dans sa propre gouvernance et dans la réflexion et mise en œuvre des actions dans les différents groupes de travail.

## **10) L'aide à la résolution des situations psychosociales complexes**

- Le CLSM crée une cellule de travail visant à résoudre de manière partenariale des situations psychosociales complexes.
- Il mettra à cet effet en place des règles déontologiques assurant l'équilibre entre l'échange des informations nécessaires, le respect du secret professionnel ainsi que le respect des personnes et la recherche de l'adhésion de celles-ci aux mesures les concernant.
- La création de telles commissions nécessitera la mise en œuvre d'une charte éthique.

## **11) Communication**

Le CLSM ayant pour mission de développer auprès de ses partenaires et de la population une représentation commune positive de la santé mentale, il doit en œuvre des actions de communication. Celles-ci sont de deux types :

- Il peut mettre en œuvre ou participer à des actions de communication sur le CLSM (Plaquettes, schéma explicatif de l'organisation du CLSM, site internet...) à destination des membres identifiés du CLSM et des acteurs susceptibles d'y participer.
- Il peut mettre en œuvre, ou participer en lien avec l'ARS ou le Psycom, à des actions de communications à destination des citoyens sur les troubles psychiques, ainsi que sur les ressources en termes de soins et d'accompagnement. Aussi, il peut notamment mettre en place des actions liées aux Semaines d'information sur la santé mentale, SISM<sup>105</sup>

## **12) Dynamique d'évaluation des dispositifs**

- L'appropriation du projet du CLSM par ses membres, ainsi que leurs modalités d'engagement sont évaluées tous les deux ans. Cette évaluation ne concerne pas les actions issues de la concertation en CLSM, mais la dynamique de concertation collective de l'instance CLSM.
- L'évaluation des actions menées fait l'objet d'un bilan annuel. Celui-ci est diffusé à l'ensemble des membres du CLSM et de ses partenaires, aux élus concernés, aux financeurs (Communes, ARS), aux services déconcentrés de l'Etat, aux services du conseil général. Ce bilan explicite notamment l'appropriation du Projet Régional de Santé par les acteurs locaux, la réalisation du programme de travail du CLSM, les projets aboutis, les partenariats élaborés et les difficultés rencontrées.
- Le CLSM doit prévoir par ailleurs les modalités de restitution de son activité à la population.
- Des indicateurs de résultats sont annexés à la convention de financement passée par l'ARS. Ceux-ci permettront d'évaluer :
  - o La gouvernance des CLSM
  - o Le partenariat mis en œuvre
  - o L'action réalisée au regard des cinq objectifs stratégiques fixés par le cahier des charges
  - o Le bilan de l'aide à la résolution des situations psychosociales complexes
  - o L'articulation avec le Contrat local de santé et la politique de la ville

---

<sup>103</sup> Schéma régional de santé 2018-2022, Introduction

<sup>104</sup> Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

<sup>105</sup> <http://www.semaine-sante-mentale.fr/>



## Référentiel d'évaluation

Axe d'évaluation	Question évaluative	Sous-questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources
1/ Efficacité des modalités de mise en œuvre des CLSM	<p>Dans quelle mesure l'organisation et le fonctionnement actuels des CLSM permettent-ils la réalisation des missions des CLSM ?</p>	<p>Les conditions d'émergence et d'ancrage des CLSM permettent de mobiliser les acteurs et de conforter sa pérennité ?</p>	<p>Existence préalable d'un ASV favorise l'ancrage</p> <p>Existence préalable d'un CLS facilite l'ancrage</p> <p>Le projet CLSM a été porté collectivement</p> <p>Le projet a bénéficié d'un soutien politique</p> <p>Le projet a bénéficié d'un soutien du secteur psychiatrique</p>	<p>Genèse du CLSM</p> <p>Articulations entre l'ASV et le CLSM</p> <p>Articulations entre le CLS et le CLSM</p>	<p>Entretiens qualitatifs</p> <p>Analyse documentaire</p>
		<p>Dans quelle mesure les CLSM sont-ils des instances de concertation ?</p>	<p>Le CLSM contribue à l'exercice de la démocratie en santé</p> <p>Les usagers sont associés à l'élaboration du programme de travail</p> <p>Les orientations prioritaires sont adoptées et révisées annuellement sur la base de mise en débat</p> <p>La dimension politique est forte</p> <p>D'autres acteurs sont régulièrement impliqués vs. ponctuellement présents</p> <p>Les acteurs développent de nouvelles pratiques professionnelles</p>	<p>La présence/participation des représentants des usagers et des usagers dans les différentes instances du CLSM</p> <p>Méthode adoptée dans le CLSM pour favoriser l'expression de chacun</p> <p>Méthode adoptée dans le CLSM pour prendre des décisions sur les orientations prioritaires et le programme de travail</p> <p>Présence d'élus dans les instances</p> <p>Rôle des élus dans les instances</p> <p>Composition du comité de pilotage et de l'assemblée plénière</p> <p>Conformité au cahier des charges</p> <p>Fréquence des réunions</p> <p>Assiduité des participants</p> <p>Convention de partenariats</p>	<p>Entretiens qualitatifs</p> <p>Analyse documentaire</p>

Axe d'évaluation	Question évaluative	Sous-questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources
2/ Pertinence des actions proposées par les CLSM	Comment les CLSM parviennent-ils à proposer des solutions concrètes face aux priorités levées ?	Les actions mises en œuvre sont cohérentes avec les orientations prioritaires et les objectifs ?	<p>Les actions s'appuient sur les besoins bien identifiés</p> <p>Comparaison entre les priorités, les objectifs et les groupes de travail</p> <p>Les CLSM améliorent la connaissance en santé mentale et des besoins sur les territoires</p> <p>Le CLSM ajuste régulièrement ses orientations et son programme de travail en fonction de l'évolution des besoins</p>	<p>Diagnostic local de santé et/ou santé mentale a été réalisé</p> <p>Création de la cellule de résolution de cas individuels complexes</p> <p>Cellule de veille et d'alerte</p> <p>Autres besoins</p> <p>Thématique des groupes de travail</p> <p>Activités des groupes de travail</p> <p>Cohérence et gaps</p> <p>Observation/diagnostic territorial en santé mentale</p> <p>Semaine d'information en santé mentale</p> <p>Interconnaissance des acteurs du territoire</p> <p>Changements de la connaissance des acteurs en santé mentale</p> <p>Les priorités et objectifs évoluent</p> <p>Existence d'outils de suivi et d'évaluation</p>	Entretiens qualitatifs Analyse documentaire
		Est-ce que les solutions sont co-construites avec toutes les parties prenantes ?	<p>Les usagers sont associés aux processus d'identification des besoins</p> <p>Les usagers sont associés à l'élaboration des actions</p> <p>Les solutions sont mises en œuvre de manière conjointe avec les différents acteurs</p>	<p>Participation des usagers dans le diagnostic territorial</p> <p>Participation des usagers dans les groupes de travail et/ou sur des projets</p> <p>Composition des groupes de travail et actions mises en œuvre</p>	

Axe d'évaluation	Question évaluative	Sous-questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources
3/ Efficacité des actions de l'ARS en soutien au CLSM	Dans quelle mesure l'action de l'ARS permet-elle de soutenir l'implantation et le développement des CLSM ?	Dans quelle mesure les actions de l'ARS permettent de promouvoir les CLSM et de conforter les existants ?	<p>L'aide au financement du poste de coordonnateur est une condition à la pérennité du CLSM</p> <p>L'ARS a mis en place un programme d'appui au CLSM</p> <p>Les DT apportent un soutien méthodologique aux CLSM</p> <p>L'ARS contribue à la montée en compétences des CLSM</p> <p>Le cahier des charges fournit un cadre d'action aidant pour les CLSM</p> <p>Les CLSM existants sont mis en cohérence avec les orientations de l'ARS</p>	<p>Points de vue des acteurs sur les conditions de pérennisation du dispositif</p> <p>Points de vue des acteurs sur les leviers et limites de la forme que prend l'aide actuelle de l'ARS</p> <p>Présence et participation aux groupes d'appui méthodologiques</p> <p>Fréquence des échanges et rencontres entre les DT et les CLSM</p> <p>Mobilisation des outils de soutien de l'ARS par les CLSM</p> <p>Adhésion aux cahier des charges</p> <p>Point de vue des acteurs sur le cadre du cahier des charges</p>	<p>Entretiens qualitatifs</p> <p>Analyse documentaire</p>
		Dans quelle mesure l'ARS s'engage à soutenir le développement des CLSM dans le futur?	L'ARS travaille continuellement sur le dossier CLSM	<p>Vers une potentielle révision des critères de sélection ?</p> <p>Développement d'outils méthodologiques et autres programmes d'appui ?</p>	



## Liste des entretiens réalisés

N°	Personnes présentes	Type d'échange	Durée	Date
1	Coordonnatrice CLSM, Directrice adjointe du CCAS, ville de Trappes (78)	Entretien en présentiel	2h	24/04/2018
2	Coordonnateur de l'ASV, CLS et CLSM, ville de Clichy-sous-Bois (93)	Entretien téléphonique	1h	02/05/2018
3	Coordonnateur CLSM, ville de Saint-Denis (93)	Entretien en présentiel	3h	04/05/2018
4	Médiateur santé pair, Institut Paris Brune	Entretien en présentiel	45 minutes	04/05/2018
5	Coordonnatrice CLS et CLSM, Responsable du service handicap, prévention et santé, ville de Rosny-sous-Bois (93)	Entretien en présentiel	1h	07/05/2018
6	Coordonnateur CLSM, Chef de projet politique de la ville et santé, communauté d'agglomérations de Paris-Saclay (91)	Entretien téléphonique	40 minutes	09/05/2018
7	Coordonnatrice CLSM Val d'Oise Est, villes de Garges-lès-Gonnesses, Goussainville, Sarcelles, Villiers-le-Bel (95)	Entretien téléphonique	1h15	17/05/2018
8	Référente CLSM, Inspectrice pôle ambulatoire et établissements de santé, Délégation départementale du 93 de l'Agence Régionale de Santé  Médecin psychiatre référent, Délégation départementale du 93 de l'Agence Régionale de Santé	Entretien téléphonique	40 minutes	23/05/2018
9	Référente CLSM, Responsable du service prévention et promotion de la santé, Délégation départementale du 94 de l'Agence Régionale de Santé	Entretien téléphonique	25 minutes	22/05/2018
10	Chargée de projets Fabrique Territoires Santé	Entretien en présentiel	1h20	23/05/2018

11	Coordonnatrice CLSM, villes d'Epinay-sur-Seine, Pierrefitte-sur-Seine (93)	Entretien en présentiel	2h20	24/05/2018
12	Délégué régional du 92 de l'Unafam et représentant au COPIL régional des CLSM	Entretien téléphonique	1h15	25/05/2018
13	Coordonnatrice CLSM, ville d'Aubervilliers (93)	Entretien téléphonique	40 minutes	25/05/2018
14	Coordonnatrice CLSM, ville de Nanterre (92)	Entretien téléphonique	1h	29/05/2018
15	Coordonnatrice CLSM Charenton-le-Pont, Saint-Mandé, Saint-Maurice, Directrice chargée des missions santé/handicap du CCAS, ville de Charenton-le-Pont (94)	Entretien en présentiel	1h40	30/05/2018
16	Chargée d'appui aux CLSM, Psycom	Entretien téléphonique	1h30	05/06/2018
17	Coordonnatrice CLSM, Responsable du service promotion de la santé, ville d'Antony (92)	Entretien en présentiel	1h20	11/06/2018
18	Coordonnatrice CLSM Lucien Bonnafé, villes de Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi (94)	Entretien en présentiel	2h20	03/07/2018
19	Coordonnateur CLSM, Paris Nord (75) Coordonnateur CLSM, Paris Centre (75) Directrice de la Mission Santé Mentale, DASES (75)	Entretien en présentiel	40 minutes	04/07/2018
20	Chargée de mission CLSM, CCOMS	Entretien téléphonique	45 minutes	05/07/2018
21	Directrice, CEAPSY	Entretien informel	20 minutes	18/07/2018
22	Directrice du département "Contractualisations territoriales et santé urbaine", Direction de la Promotion de la Santé et Réduction des Inégalités, ARS	Entretien informel	1h	07/08/2018



## **Guide d'entretien – coordonnateurs CLSM**

### Présentation de l'enquête :

Dans le cadre de la démarche évaluative prévue par le cahier des charges des CLSM, une analyse des activités conduites par les CLSM franciliens est en cours, basée sur les bilans remplis par les coordonnateurs.

Les objectifs de ces entretiens semi-directifs avec les coordonnateurs des CLSM franciliens, qui seront anonymés, sont les suivants :

- Lever les points non abordés, ou peu, dans les bilans
- Clarifier les conditions de réussite du développement des CLSM selon les coordonnateurs
- Mettre en lumière les pistes d'amélioration de la démarche évaluative

Cet échange devrait ainsi permettre de comprendre les freins de cette démarche évaluative et d'approfondir les retours du coordonnateur vis-à-vis des activités du CLSM, son organisation et son développement.

### Questions :

#### ***Rôle du coordonnateur :***

- Pouvez-vous nous préciser comment vous êtes arrivé(e) au poste de coordonnateur du CLSM ? (formation ; parcours ; intérêts)
  - Relance : à quel service/établissement/institution êtes-vous rattachés ?
- Pouvez-vous me dire comment s'est passé la prise de poste et la transition avec le précédent coordonnateur ?
- Pouvez-vous décrire en quoi consistent vos missions ?
  - Comment assurez-vous le suivi des activités du CLSM ?
  - Le temps consacré à la coordination vous semble-t-il adapté ?

#### ***Le CLSM :***

- Pouvez-vous nous préciser les priorités retenues pour le CLSM et les objectifs ?
  - Comment ont-ils été définis ?
  - Sur quoi sont basés ces priorités/constats ? (observation, diagnostic)
- Quels sont les groupes de travail effectivement mis en place et les activités menées à ce jour ?
  - Si aucun, pourquoi ?
  - Dans le futur ?

- Si une cellule situations complexes existe, est-ce qu'elle a une charte éthique ?
- Quelles sont les modalités de travail ?
  - Fréquence des réunions ?
- Pensez-vous que ces modalités ci permettent la mobilisation de tous les acteurs ?
- Pouvez-vous m'expliquer quelles sont les modalités de partage d'information et de suivi à l'issue des réunions et groupes de travail ?
  - Relance : prises de notes et transmission de CR, échanges entre acteurs...

### ***Cahier des charges***

- Est-ce que vous basez l'organisation et la structure de votre CLSM sur le cahier des charges de l'ARS ?
  - Si non, pourquoi ?
  - Pensez-vous qu'il offre un cadre aidant ? Facilite-il l'organisation ?

### ***Liens ARS et DD :***

- De quelle forme d'appui de votre DD ou de l'ARS siège avez-vous recours ?
  - Relance : dans quelles mesures ? combien de rencontres ?
  - Quelle forme d'aide pensez-vous être utile à ce jour ?
- Selon vous, quelles sont les leviers et limites de la forme que prend actuellement l'aide de l'ARS ?

### ***Freins et leviers :***

- Selon vous, quels sont les points bloquant et facilitant le développement et la pérennisation du CLSM sur votre territoire ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que coordonnateur ?
- Pouvez-vous me préciser les ressources dont vous disposez, sur lesquelles s'appuyer ?

### ***Gouvernance :***

- Pouvez-vous rapidement nous expliquer quels sont les acteurs impliqués à ce jour, quand et pourquoi ils se rencontrent ?
  - Relance : nombres de réunions
- Selon vous, dans quelle mesure le CLSM permet-il de faciliter la coordination, la coopération entre les différents acteurs ?
- Comment se répartissent les responsabilités entre les co-pilotes ?
- Pouvez-vous nous expliquer à quel comment sont validées les décisions ?
  - Relance : COPIL, AP, groupes de travail, ailleurs ?

- Quelle est la méthode adoptée pour prendre les décisions ?

**Evaluation :**

- Pouvez-vous nous décrire comment est assuré le suivi des actions mises en œuvre par le CLSM ?
  - Relance : Existe-t-il une procédure, un cadre ? quels indicateurs et outils ont été mis en place ?
- Selon vous, comment pourrions-nous améliorer ce suivi, cette évaluation ?

**Effets / résultats :**

- Cela est peut-être un peu prématuré, mais avez-vous déjà constaté, ou mesuré des premiers résultats, des avancées, imputables aux activités développées par le CLSM ?
- Et si oui, pouvez-vous préciser :
  - Quelle méthode avez-vous utilisée ? sur quels indicateurs vous basez-vous ?
  - Relance : En termes de : connaissance en santé mentale, relations entre partenaires, diagnostic partagé, inclusion des usagers, de-stigmatisation, promotion de la santé mentale

**Autres dispositifs :**

- D'après-vous, quelle est la plus-value apportée par les autres dispositifs présents sur votre territoire, tels que l'ASV et le CLS-?

**Participation des usagers :**

- Selon vous, dans quelles mesures les usagers sont-ils représentés au sein des CLSM ?
- Comment voyez-vous une plus grande participation des usagers ?
- Comment entretenez-vous des liens avec les usagers, les représentants d'usagers ?

## Guide d'entretien – référents délégations départementales de l'ARS

### Présentation de l'entretien :

Dans le cadre de la démarche évaluative prévue par le cahier des charges des CLSM, j'ai été missionné pour dresser un bilan d'activités des CLSM franciliens. Pour cela, j'analyse les trames bilans remontées par les coordonnateurs. J'ai également sélectionné un échantillon de CLSM sur les différents départements et je vais à la rencontre des coordonnateurs pour les interroger sur des points non-abordés par les bilans. Je pense qu'il est également intéressant et important d'échanger avec les référents des DD, qui portent également ce dispositif, afin d'avoir leur point de vue sur son développement. Ainsi, à travers cet entretien, j'aimerais explorer le rôle que la délégation départementale joue dans l'implantation et le développement des CLSM, ainsi que les freins et leviers relatifs au pilotage du dispositif.

### Questions :

#### **Poste de référent.e « CLSM » :**

- Depuis combien de temps êtes-vous en poste ?
- Vous êtes rattaché à X direction, quels sont vos liens avec les autres directions et dans quel cadre travaillez-vous avec d'autres directions sur les CLSM ?
- En tant que référent, quels sont vos interlocuteurs principaux ?

#### **Les CLSM :**

- Nous avons recensé X CLSM sur votre département, sont-ils tous toujours actifs à votre connaissance ?
- Comment sont sélectionnés les projets de CLSM pour un financement ?
  - o Relance : ville demandeuse ? psychiatrie ? dans quel contexte émergent-ils ?
- Est-ce que les CLSM sont retenus au regard du cahier des charges ?

#### **Participation des référents aux CLSM :**

- Est-ce que la DD est invitée à l'AP ? Au COPIL<sup>106</sup> ? Aux groupes de travail ?
  - o Si oui, combien de fois par an ?
  - o Si oui, est-ce que la DD y va à chaque fois ?
  - o Si oui, au sein de ses instances, pouvez-vous décrire votre implication
    - Relance : dans la définition des orientations stratégiques, par exemple ?
- Vous recevez les trames bilans complétées par les coordonnateurs, quel usage en faites-vous ? Quelle vous semble être la plus-value de ces bilans dans le pilotage du dispositif ?

---

<sup>106</sup> Au minimum, doit y être invitée selon le cahier des charges

***Échanges :***

- Quelle est la fréquence de vos échanges avec les coordonnateurs des CLSM ?
- Etes-vous tenu informé des activités des CLSM ? Si oui, comment ?

***Rôle de la DD :***

- Selon vous, quel est aujourd’hui le rôle de la DD dans la vie du CLSM ?
  - Relance : animation territoriale ? financement ? appui méthodologique ?
- Pouvez-vous nous décrire les limites que vous voyez au développement du CLSM sur votre département ?

***Relations entre la DD et le siège :***

- Par rapport à vos relations avec le siège sur le dossier CLSM, avez-vous des observations ou des propositions d’amélioration ?

***Les effets des CLSM :***

- Globalement, pouvez-vous nous décrire les facteurs facilitants et bloquants à l’atteinte

## BILAN ACTIVITES 2016 – 2017

### CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE (CLSM)

DE \_\_\_\_\_

Cet outil vise à faciliter le recueil d'informations autour des activités développées par chaque CLSM pendant la période à renseigner. L'objectif est d'inviter chaque CLSM à restituer, en fonction de ce qui a été prévu dans le cahier de charges de l'appel à projets, les réalisations effectuées et d'expliquer les raisons des écarts éventuels. Il vise aussi à justifier l'utilisation des moyens alloués par l'ARS Ile de France. Enfin, il permet à chaque instance d'expliquer l'éventuelle évolution des besoins et/ou des ressources sur le territoire ainsi que la possible évolution de ses objectifs. Il a été rédigé pour être rempli par le coordonnateur ou la coordinatrice du CLSM.

Par ailleurs, comme vous le savez, l'Agence travaille sur ce sujet en partenariat avec, entre autres, le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS à Lille) qui développe un programme d'appui aux CLSM. Merci de nous donner votre accord pour partager ce bilan avec le CCOMS en cochant la case correspondante à votre choix :

Accord pour partager le présent bilan d'activités avec le CCOMS  Oui  Non

Document rempli par (nom et fonction) :

\_\_\_\_\_

Date d'émergence du projet CLSM : \_\_\_\_\_

Date de la mise en place officielle du CLSM : \_\_\_\_\_

#### 1. La coordination du CLSM

- a. Est-ce que votre CLSM a un coordonnateur ?  Oui  Non
- b. Nom, Prénom du coordonnateur : \_\_\_\_\_
- c. Date de prise de poste : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- d. Quotité d'ETP consacré au CLSM : 0.5 ETP  1 ETP  Autre : \_\_\_\_\_ ETP
- e. Quel est le service de rattachement du coordonnateur ? \_\_\_\_\_
- f. Formation initiale principale du coordonnateur :  
Médecin  Psychologue  Educateur spécialisé  Sociologue   
Autre \_\_\_\_\_
- g. Etudes ou expérience complétés par une formation qualifiante en santé publique (DU, DESS) ?   
Oui  Non
- h. Avez-vous suivi, ou êtes-vous inscrit, la formation CNFPT « Conseil local de santé mentale : méthodes et pratiques ?  Non  Oui – Niveau 1  Oui – Niveau 2

#### 2. Présentation rapide du territoire

- a. Territoire du CLSM : \_\_\_\_\_

**Appel à projets 2012**

Cocher la case si vous avez répondu à l'appel à projets 2012

**Appel à projets 2013**

Cocher la case si vous avez répondu à l'appel à projets 2013

**Appel à projets 2014**

Cocher la case si vous avez répondu à l'appel à projets 2014

**Appel à projets 2015**

Cocher la case si vous avez répondu à l'appel à projets 2015

**Appel à projets 2016**

Cocher la case si vous avez répondu à l'appel à projets 2016

**Appel à projets 2017**

Cocher la case si vous avez répondu à l'appel à projets 2017

- b. Nombre total d'habitants du territoire: \_\_\_\_\_
- c. Quel est l'IDH2 du territoire du CLSM ? \_\_\_\_\_
- d. Un diagnostic local de santé a été réalisé ?  Oui  Non  
Si oui, par quel dispositif ? ASV  CLS  Autre :  
\_\_\_\_\_
- e. Quartiers concernés par le CLSM : toute la(es) ville(s)  des quartiers   
Si toute la ville n'est pas concernée, nommer les quartiers :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f. Est-ce que le territoire a des quartiers prioritaires de la politique de la ville?  Oui  Non  
Si oui, ville les nommer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g. Quels sont les secteurs de psychiatrie adultes et de pédopsychiatrie présents sur le territoire (avec l'établissement de rattachement) ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h. Quelles sont les associations d'usagers de la psychiatrie, ou de leurs proches, présents sur le territoire ? Unafam  France Dépression  FNAPSY   
Autre(s) \_\_\_\_\_
- i. Une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) intervient-elle sur le territoire ?  Oui  Non
- j. Un centre de santé (municipal ou associatif) existe-t-il sur le territoire ?  Oui  Non
- k. Des établissements médico-sociaux sont-ils implantés sur le territoire ?  Oui  Non  
Si oui  
lesquels ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Des établissements sociaux sont-ils implantés sur le territoire ?  Oui  Non

Si oui,

lesquels ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. **Genèse du dispositif**

- a. Quel(s) acteur(s) est à l'initiative du CLSM ?

Psychiatrie secteur adultes  Pédopsychiatrie  Services municipaux  Elus

Unafam  Association d'usagers de la psychiatrie

Autre(s) : \_\_\_\_\_

- b. Quel fut le délai entre la 1<sup>ère</sup> réunion impliquant au minimum la ville et le secteur psychiatrique pour le projet de CLSM et le lancement formel du CLSM (1<sup>ère</sup> réunion du copil. ou assemblée plénière) ?

\_\_\_\_\_

- c. Avez-vous eu recours à l'appui méthodologique de la Délégation départementale de l'ARS IdF ?

Oui  Non

Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- d. Avez-vous eu recours à l'appui méthodologique du CCOMS ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- e. Avez-vous eu recours à l'appui méthodologique du PSYCOM ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- f. Avez-vous eu recours à l'appui méthodologique d'un autre opérateur ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. **Gouvernance du CLSM**

- a) Qui préside le CLSM (nom et

fonction) ? \_\_\_\_\_

- b) Existe-t-il une assemblée plénière ?  Oui  Non

Si oui, combien de réunions de l'assemblée plénière ont été réalisées : en 2014 ? \_\_\_\_\_ en 2015 ? \_\_\_\_\_

- c) L'assemblée est-elle ouverte au public ?  Oui  Non

- d) Quels sont les élus ayant participé à l'assemblée plénière ? Maire  Santé  Handicap

Politique de la ville  Sécurité

Autres \_\_\_\_\_

- e) Existe-t-il un comité de pilotage ?  Oui  Non



f) Est-ce que le maire préside le comité de pilotage ?  Oui  Non

Si non, qui préside ?

g) Quel est le rôle de la psychiatrie publique au comité de pilotage ?

Pédopsychiatrie :

---

---

Psychiatrie adultes :

---

---

Membres du comité de pilotage et de l'assemblée plénière :

Acteurs	Comité de pilotage	Assemblée plénière
Maire/ élu local	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychiatrie publique : chef de pôle/secteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pédopsychiatrie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Unafam	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Association d'usagers*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ASV	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Programme de réussite éducative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CCAS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychiatrie publique : cadre de santé, infirmiers, AS ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Centre municipal de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médecins généralistes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Structures sociales (associations tutélares, CHRS..)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Structures médico-sociales (SAVS, SAMSAH, ..)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Baillleurs sociaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Education nationale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Police	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Justice	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Associations de quartiers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Agence régionale de santé (DT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conseil Général	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MDPH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hôpital du territoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Structures culturelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ARS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*Lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Partenariat et activités mis en œuvre

- a. Quels sont les objectifs prévus du CLSM pour l'année 2016 et/ou 2017 ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

b. Ces objectifs ont-ils évolué ?  Oui  Non

Si oui, préciser ces évolutions :

---

---

---

---

c. Un diagnostic local / territorial en santé mentale a été réalisé ?  Oui  Non

➤ Si oui, pour quel dispositif ?  ASV  CLS  CLSM

Autre \_\_\_\_\_

d. Une fonction de veille et d'alerte est mise en place dans le cadre de cette observation ?  Oui

Non

e. Avez-vous mis en place des outils de communication ? (plaquette, article dans magazine municipal, etc.)

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

---

---

Si non, pour quelles raisons ?

---

---

f. Est-ce qu'un atelier santé ville (ASV) est présent sur le territoire ?  Oui  Non

g. Si oui, est-ce que le coordonnateur ASV fait partie du comité de pilotage du CLSM ?  Oui

Non

h. D'autres formes de coordination existent avec l'ASV ou la politique de la ville ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

---

---

i. Est-ce qu'un Contrat Local de Santé (CLS) a été signé ?  Oui  Non

Si oui, quelles sont les articulations CLS/CLSM ?

- j. Est-ce que le CLS a un coordonnateur ?  Oui  Non
- k. Si oui, est-ce qu'il participe au comité de pilotage du CLSM ?  Oui  Non
- l. Un bilan annuel du CLSM a été réalisé ? 2016 \_\_\_\_\_ 2017 \_\_\_\_\_
- m. Si oui, a-t-il été restitué à la population ?  Oui  Non
- n. Groupes de travail mis en place au sein du CLSM :

Thématiques des groupes de travail	Mis en place	Composition du groupe (Nom et fonction)	Action réalisée
Observation/ diagnostic territorial de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Formation croisée (renseigner la thématique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Accès aux soins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Prévention précoce (enfants 0-8 ans)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Insertion sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Logement/ habitat	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Activités culturelles et de loisirs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Contribution à la réduction des inégalités socio-territoriales de la santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Sensibilisation, information en	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

santé mentale	Non		
Semaine d'information en santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cellule de concertation pour situations individuelles complexes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Soins sous contrainte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
La santé mentale des enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
La santé mentale des adolescents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Gestion des situations d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Promotion de l'accès à la citoyenneté des usagers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Amélioration de l'accès aux loisirs et à la culture des usagers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Promotion d'outils d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non		
--------	---	--	--

f. Avez-vous des financements spécifiques pour les actions mises en place ?

Type d'actions	Financement (source du financement, montant annuel..)

6. D'après vous, quels sont les principaux effets de la constitution du CLSM pour

- la Mairie et la Ville ?
- la Psychiatrie ?
- les associations d'usagers ou de leurs proches ?
- Les habitants ?
- les autres partenaires (détaillez : bailleurs, police.....) ?

7. Quels sont vos souhaits en terme de formation, échanges, mutualisation, évolution réglementaire... ?

8. Commentaires libres (projets au sein du CLSM, difficultés rencontrées, nouveaux partenariats...)

**Tableau n°1 « Caractérisation des CLSM d'Ile de France »**

N°CLSM	Sujets traités																
	Observation et diagnostic territorial de santé	Formation croisée	Accès aux soins	Prévention précoce	Insertion sociale	Logement/habitat	Activités culturelles/loisirs	Réduction inégalités sociales	Sensibilisation, information	SISM	Cellule situations complexes	Soins sous contraintes	Santé mentale enfants	Santé mentale ados	Promo. Accès citoyenneté	Amélioration accès loisirs	Promo. Outils accompagnement
1				V	V	V				V	V		V	V		V	V
2											V						
3			V			V		V	V	V	V	V					
4						V				V	V						
5																	
6		V			V	V	V		V	V	V			V	V	V	
7											V						
8		V	V			V	V		V	V	V			V	V		
9	V									V	V	V					
10																	
11			V			V					V		V	V			
12						V				V	V		V	V			
13			V	V		V	V		V	V	V	V		V		V	

**Tableau n°2 « Thématiques des groupes de travail »**

Observation et diagnostic territorial de santé	Formation croisée	Accès aux soins	Prévention précoce	Insertion sociale	Logement/habitat	Santé mentale ados	Santé mentale enfants	Réduction inégalités sociales	Activités culturelles/loisirs
9	8	11	5	5 (dont 1 EC)	23 (dont 1 EC)	20 (dont 3 EC)	14 (dont 3 EC)	4	7
20,90%	18,60%	25,50%	11,60%	11,60%	53,50%	46,50%	32,50%	9,30%	16,30%

Gestion situations urgences	Sensibilisation, information	SISM	Cellule situations complexes	Soins sous contraintes	Promo. Accès citoyenneté	Amélioration accès loisirs	Promo. Outils accompagnement	Autres
5	17 (dont 1 EC)	30	37 (dont 3 EC)	13 (dont 1 EC)	5 (dont 1 EC)	10 (dont 1 EC)	4	16
11,60%	39,50%	69,70%	86,00%	30,20%	11,60%	23,20%	9,30%	37,20%



DAHAN

Salomé

17 septembre 2018

## **Master 2 Promotion de la Santé et Prévention**

Promotion 2017 - 2018

### **La politique de santé mentale à l'échelle des territoires : le cas des conseils locaux de santé mentale en Ile de France**

#### ***Résumé :***

Le processus de territorialisation des politiques sanitaires et sociales et l'évolution du champ de la psychiatrie publique ont convergé, dès les années 80, en la création d'espaces de concertation et de coordination pluriprofessionnels et intersectoriels. Au début des années 2000, ces espaces prennent la forme de conseils locaux de santé mentale (CLSM). Outils de gouvernance locale en santé mentale, ces plateformes de concertation permettent de dessiner une politique locale de prise en charge de la souffrance psychique et de promotion de la santé mentale, à l'échelle de la collectivité territoriale. L'Agence Régionale de Santé Ile de France voit les CLSM comme des leviers d'inclusion de la santé mentale dans la Cité a fait de leur développement une priorité stratégique dans la région. Afin de comprendre les forces et les faiblesses du dispositif, une évaluation a été menée par l'ARS sur l'organisation, le fonctionnement et les actions mises en œuvre par le dispositif, pour les années 2016 et 2017.

#### ***Mots clés :***

santé mentale, territoire, territorialisation, politique publique, politique locale, psychiatrie, collectivité territoriale, conseils locaux de santé mentale, ARS, Ile de France, évaluation

*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.*