



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**« QUELLE PLACE POUR LES CONSEILS LOCAUX
DE LA SANTE MENTALE DANS LA PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE
TROUBLES PSYCHIQUES ? »**

– Groupe n°18 –

- **BELKACEM Dino**
- **BLED Didier**
- **BOSQUE Clément**
- **CARIOU Anne**
- **KERJEAN Isabelle**
- **MONDESERT Dorothée**
- **RALAIMIADANA Irène**
- **ROUQUETTE Ariane**

Animatrices :
ISSERLIS Catherine
RIVERT Sabine

Sommaire

Remerciements
Liste des sigles utilisés
Introduction	1
1 Des CLSM très diversifiés qui cherchent à s'adapter aux besoins locaux	5
1.1 Le CLSM, lieu de coordination d'une multitude d'acteurs aux attentes diverses	5
1.1.1 Une coordination efficace des CLSM repose sur un engagement fort des élus	6
1.1.2 Les CLSM fonctionnent efficacement en s'appuyant sur les compétences des professionnels de santé.....	7
1.1.3 La création des CLSM a favorisé la participation des usagers dans le domaine de la santé mentale.....	8
1.1.4 La coordination des CLSM repose sur l'implication de l'ARS en termes de planification et de financement	9
1.1.5 D'autres acteurs se révèlent essentiels	9
1.2 Le CLSM, instrument de projets collectifs locaux et d'actions individuelles ciblées	10
1.2.1 Des projets de prévention, formation et information	11
1.2.2 Des actions sur des problématiques ciblées (accès au logement, situations de crise, populations spécifiques).....	13
2 Vers une meilleure adaptation des CLSM à leur environnement	15
2.1 Des difficultés qui peuvent remettre en cause l'efficacité des CLSM.....	15
2.1.1 Les conséquences d'une absence de définition du CLSM dans les textes réglementaires.....	15
2.1.2 Les enjeux du financement.....	16
2.1.3 Un fort cloisonnement qui rend les synergies difficiles.....	17
2.1.4 Les carences de l'évaluation	18

2.2	L'ouverture du CLSM, renforcé par son environnement, à de nouvelles perspectives ..	19
2.2.1	Quel rôle peuvent jouer les ARS dans le développement des CLSM ?	19
2.2.2	Le CLSM ne peut se contenter d'être seulement un lieu d'interconnaissance professionnelle.	21
2.2.3	Pérenniser le CLSM	21
2.2.4	Assurer la pertinence du CLSM au sein du paysage institutionnel de la santé mentale.....	23
	Conclusion	25
	Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous voulons remercier avant tout Mesdames Catherine ISSERLIS et Sabine RIVET de la MNASM pour nous avoir confié ce sujet et en nous aidant à le comprendre et en nous apportant leur éclairage sur notre rédaction tout en nous laissant très libres dans nos investigations.

Nous remercions également l'ensemble des personnes qui nous ont accordé de leur temps lors d'entretiens pendant lesquels elles nous ont fait partager leur vision et leurs passions : Maïté ARTHUR, Marianne AUFFRET, Ozgur BILAL, Sarah BERJON, Hélène CHIRON, Laurent ELGHOZI, Philippe GRUNBERG, Pauline GUEZENNEC, Catherine JACQUEMIN, Corinne MARTINEZ, Mathilde REMOND, Pauline RENTHER, Hélène STROHL, ainsi que Dolores TORRES.

Nous remercions enfin la bibliothèque de l'EHESP pour avoir mis à notre disposition des documents essentiels à notre étude.

Liste des sigles utilisés

ANGREHC : Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude sur les Hépatopathie Chroniques

ARS : Agence Régionale de Santé

CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLSM : Conseil Local de la Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

COSM : Conseil d'Orientation de la Santé Mentale de Marseille

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CTSM : Conseil Territorial de Santé Mentale

ESPT : association Élus, Santé Publique et Territoires

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GLC : Groupements Locaux de Coordination

GLCSM : Groupements Locaux de Coordination pour la Santé Mentale

GREPS : Groupe de Recherche en Psychologie Sociale à l'université Lyon 2

FNAPSY : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie

MNASM : Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

MRP : Mini Réseau de Proximité de Seine-Saint-Denis

PRS : Projet Régional de Santé

UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de Malades Mentaux

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SISM : Semaine d'Information sur la Santé Mentale

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État

Introduction

“Qui n'en fait jamais qu'à sa tête,
N'agrée jamais un bon conseil
Lèse son bien et son salut
Et court au-devant de sa perte
...
avis nombreux, succès plus sûr.”
Sébastien Brant, *La Nef des Fous*

Le malade, comme le suggère Foucault, est à la fois complètement enfermé dans son monde et horriblement jeté dans le monde. La maladie est à la fois retraits dans la pire des subjectivités et chute dans la pire des objectivités : « Si cette objectivité de l'insensé est, en même temps, vocation et abandon au monde ; n'est-ce pas au monde lui-même qu'il faut demander le secret de son énigmatique statut ? »¹

Ainsi, si la société demande aux personnes souffrant de troubles psychiques de s'intégrer, c'est également à elle de réaliser l'effort de s'occuper d'elles. Il s'agit ici de comprendre si et comment un instrument de politique publique locale de santé, le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), permet de prendre en charge la souffrance psychique.

Les CLSM résultent de la rencontre de trois évolutions majeures, plus ou moins anciennes, touchant chacune l'un des principaux acteurs (professionnels de la psychiatrie, élus et usagers) que l'on retrouve dans les CLSM.

La première est la lente transformation de la prise en charge psychiatrique et concerne les professionnels de la psychiatrie. Il s'agit du passage de l'isolement dans l'asile à l'insertion dans la société. Deux événements expliquent cela. Tout d'abord, Lucien Bonnafé vulgarise la notion de sectorisation dans toute l'Europe. La sectorisation est née de la Seconde Guerre Mondiale. Des psychiatres juifs enfermés dans des camps de concentration se sont rendu compte que leurs conditions d'enfermement présentaient de nombreuses similarités avec l'internement en hôpital psychiatrique : entre autre chose, un internement à vie – sauf exception. Après la guerre, ces psychiatres ont créé un mouvement de pensée (« les désaliénistes ») prônant la disparition de l'asile. Alors que l'Italie interdit toute nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques en mai 1978, la France opte pour une politique plus nuancée en mettant en œuvre la sectorisation dès la circulaire de mars 1960 : est mise à la disposition d'une population dans un secteur géographique délimité une équipe de

¹FOUCAULT, M. *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, 1962, 104p. Collection Quadrige

psychiatrie permettant prévention, soins et postcure à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. La sectorisation a entraîné une forte réduction du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Ensuite, l'amélioration des techniques de soin et des médicaments a permis aux patients d'éviter la chronicisation dans les établissements psychiatriques. Il en résulte une entrée dans la vie sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et une obligation pour les psychiatres de modifier leurs pratiques professionnelles : désormais, leur travail ne se limite plus à ce qui se passe entre les murs de l'hôpital psychiatrique.

La deuxième évolution à l'origine des CLSM est celle qui explique la présence au cœur de ces instances des élus municipaux. Il s'agit du passage de la notion de psychiatrie à celle de santé mentale dans les années 1990. D'après Jean-Luc Roelandt, on ne peut pas dissocier la psychiatrie (discipline médicale confiée aux équipes de psychiatrie) et la santé mentale (élément de santé publique qui regroupe la prévention, la postcure, la réadaptation et les soins)². Si le domaine psychiatrique se résume, pour les spécialistes, à la discipline médicale qui prend en charge les aspects psychopathologiques de la santé mentale, cette notion en rend plus floues les frontières. A la souffrance mentale se mêle désormais la souffrance sociale. Cela fait déborder d'un côté le champ d'intervention des psychiatres qui vont être appelés pour prendre en charge des situations ne répondant *a priori* pas à leur domaine. D'un autre côté, cela amène les garants de l'ordre social, c'est-à-dire les élus locaux et en particulier le maire, que la mission de police administrative rend garant de la sécurité, la salubrité et la tranquillité publique, à être davantage interpellés sur les conséquences de la souffrance psychique dans la vie de la cité, d'autant plus qu'ils ont le pouvoir de signer les demandes de soins contraints.

Enfin, le dernier mouvement à l'origine des CLSM est la revendication montante de la part des usagers qui cherchent à être mieux pris en considération. Cette volonté de la part des usagers, des administrés, des consommateurs à prendre part aux décisions qui les concernent naît dans les années 80 à la suite de l'affaire du sang contaminé. Elle va être peu à peu reconnue dans différents domaines. Ainsi, en ce qui concerne le système de santé, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients et la qualité du système de santé reconnaît les droits et la participation des usagers, dont les personnes atteintes de handicap psychique. Quant à la participation des citoyens aux affaires de leur commune, la loi du 27 février 2002, dite loi Vaillant, relative à la démocratie de proximité leur en donne les moyens par la création des Conseils de Quartiers.

²ROELANDT, J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution*, L'Information psychiatrique, volume 86, n° 9, novembre 2010, pp.777-783

Les CLSM apparaissent donc comme un aboutissement des revendications de la participation à la fois des usagers des services publics sanitaires et sociaux, et des citoyens en dialogue direct avec les élus.

Ces trois évolutions aboutissent à la création réelle en 2009 des Conseils Locaux de la Santé Mentale.

Le premier élément du cadre juridique à l'origine des CLSM est la circulaire du 12 décembre 1972 qui recommande la création des « organismes consultatifs qui pourraient être dénommés « conseil de santé mentale de secteur », alors que la sectorisation se met véritablement en place. Cette nouvelle circulaire réaffirme la nécessité d'une coordination et d'une large concertation de tous ceux qui jouent un rôle dans la prévention des soins, la postcure et la réadaptation. Prévu comme un organisme consultatif, tenant compte des conditions locales, sa composition et son fonctionnement sont définis. Il est placé sous la présidence d'un médecin inspecteur de la santé. Il est chargé de promouvoir une action globale de la zone concernée.

Deux ans plus tard, la circulaire du 9 mai 1974 précise à nouveau le rôle des conseils de santé mentale de secteur. Elle cite l'information, l'étude des besoins, le choix des objectifs prioritaires de soins. Ce texte insiste sur « la nécessité de procéder sans plus tarder à l'installation des dits conseils qu'il serait opportun de réunir plusieurs fois par an ».

En 1986, le décret du 14 mars institue les conseils départementaux de santé mentale. Ils s'inscrivent dans un contexte de renouveau de la politique de santé mentale consacrant la sectorisation de la psychiatrie publique. En définitive, ils sont prévus comme un organe consultatif, en charge de donner un avis éclairé sur la préparation de la carte sanitaire de la psychiatrie et du schéma départemental des équipements et services de lutte contre la maladie mentale.

Une circulaire du 14 mars 1990 vient redéfinir les grandes orientations psychiatriques et réitérer l'incitation à créer des instances de coordination de proximité, sur le modèle de celles évoquées dans la circulaire de 1972 et les conseils de secteur.

Enfin en 2006, une circulaire interministérielle relative à « l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville » recommande la généralisation de la démarche « atelier santé ville » dans le cadre des futurs contrats urbains de cohésion sociale. D'une portée plus large que la seule discipline de la santé mentale, ces outils contractuels et territoriaux devaient constituer un levier pour les politiques de santé publique.

Les premiers CLSM sont créés entre 2006 et 2008.

Plus récemment, en janvier 2009, le rapport COUTY intitulé « Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie », élaboré à la demande de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, recommande « la création de conseils locaux de santé mentale en articulant leur fonctionnement aux groupements de coordination pour la santé mentale et créer au sein des GLC [groupement local de coordination] un conseil local pour la santé mentale ». Ce rapport préconise la mise en place des CLSM sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé. Ces conseils locaux de santé mentale seraient composés de représentant des collectivités, adhérentes au GLC, au premier chef les communes et les intercommunalités, des patients et de leurs familles, des professionnels de la psychiatrie (publique et privée), du social et du médicosocial et plus généralement de représentants des membres du groupement local de coopération pour la santé mentale.

Le CLSM aura notamment les compétences suivantes : la définition, dans le cadre du volet santé mentale du projet de santé de territoire, des objectifs et des moyens du projet local de santé mentale, dont la mise en œuvre sera de la responsabilité des GLC. Il assure trois grandes fonctions : stratégique, participative, pédagogique.

Un CLSM est composé d'une assemblée plénière qui se réunit une à deux fois par an et de comités techniques ou groupes de travail qui déclinent les priorités définies. Dans certains cas, le CLSM possède également un comité de pilotage.

Or il semble exister une contradiction entre l'émergence la notion de santé mentale, la revendication croissante des usagers, l'existence d'un cadre juridique et l'existence assez pauvre dans les faits des CLSM en France : dans le pays aux 36.000 communes, 40 ans après la circulaire du 12 décembre 1972, il n'existe que 52 CLSM.

La question se pose donc : les CLSM sont-ils un succès, et dans quelle mesure, ou ne pourraient-ils pas être développés davantage ? Surmontent-ils les difficultés auxquelles ils sont confrontés ? Représentent-ils une réponse satisfaisante à la souffrance psychique ? Les moyens qui leurs sont attribués sont-ils suffisants pour que les bonnes expériences puissent être généralisées ?

Autrement dit, comment le CLSM peut-il se construire et fonctionner comme instance de coordination au service de la santé mentale citoyenne ?

Nous verrons que les CLSM, très diversifiés, tendent à s'adapter aux besoins locaux à la fois par la diversité des acteurs qui les composent et par celle des actions mises en œuvre. Il n'en demeure pas moins que les CLSM doivent évoluer afin de s'adapter toujours mieux à leur environnement, en surmontant les difficultés qui peuvent remettre en cause leur efficacité et s'ouvrant à de nouvelles perspectives.

1 Des CLSM très diversifiés qui cherchent à s'adapter aux besoins locaux

Les CLSM réunissent des acteurs aux compétences variées, et concernés par la prise en charge globale autour de la santé mentale : les élus locaux, les professionnels de santé, les usagers, l'ARS, les associations, les professionnels des services sociaux et des services de la justice, les bailleurs sociaux, les représentants des forces de l'ordre, les représentants des administrations déconcentrées (préfecture,...) et décentralisées (conseil général,...). Les CLSM sont des plateformes de concertation destinées à définir les priorités locales en santé mentale, de construire des projets en réponse aux problématiques locales et d'organiser une régulation entre les actions des partenaires qui y contribuent.

1.1 Le CLSM, lieu de coordination d'une multitude d'acteurs aux attentes diverses

Élaboré à la demande du ministère de la santé et des sports, le rapport COUTY préconise le pilotage du CLSM par les ARS nouvellement créées par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009, et propose la composition et l'organisation de cette instance. Si l'ensemble des membres du CLSM prennent part à la démarche collective, leurs attentes et leurs intérêts se situent à différents niveaux. Ils sont soumis à des injonctions et à des contraintes qui peuvent être parfois contradictoires. Les enjeux portés par chacun des acteurs nécessitent une coordination et un pilotage fort pour l'atteinte d'un objectif commun.

Les plans de santé mentale 2005-2008 et 2011-2015 ont placé la personne malade au cœur de la prise en charge. Ils prônent l'insertion citoyenne, sociale et professionnelle des personnes bénéficiant d'un suivi en santé mentale. Ces objectifs communs engagent les différents acteurs à travailler ensemble et à définir des priorités de santé sur leurs territoires.

Au cours des entretiens que nous avons menés auprès des élus municipaux, deux constats prédominent. D'une part, les acteurs impliqués dans un dispositif local de santé mentale ont des attentes très variées, liées aux spécificités des territoires. D'autre part, les projets conduits par les CLSM concernent principalement le périmètre de la cohésion sociale menée à travers la politique de la ville, la prise en charge du malade, l'accès aux soins, les politiques de prévention en santé, et la résolution des crises sociales. Les CLSM

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

constituent un espace de travail pluridisciplinaire pour créer des projets de proximité en santé mentale.

1.1.1 Une coordination efficace des CLSM repose sur un engagement fort des élus

Selon une politologue, antérieurement chargée de mission au CCOMS (Centre Collaborateur de l'OMS), le pilotage des CLSM par les municipalités semble le plus pertinent compte-tenu de leur neutralité face aux questions liées à la santé mentale.

En effet, on constate une intrication entre les thèmes de cohésion sociale, de sécurité de la population et les problématiques de santé, notamment de santé mentale. Du fait de leurs compétences en matière de salubrité et de tranquillité publiques, les élus municipaux sont confrontés aux multiples formes d'expression de la souffrance psychosociale et mentale des citoyens sur leurs territoires. Les maires occupent une position primordiale pour traiter des questions liées à la santé mentale : lutte contre la souffrance psychosociale, demande de soins sous contrainte, prévention des troubles à l'ordre public... Au quotidien, ils sont interpellés par les citoyens et les professionnels sur des demandes relatives à l'insertion et l'exclusion, et sont confrontés aux préjugés autour de la santé mentale. L' élu a donc naturellement un rôle d'interface entre les institutions, les usagers et les professionnels. Il est compétent pour créer des liens de confiance entre les différents acteurs prenant part à une prise en charge efficace dans le domaine de la santé mentale.

L'association ESPT (Élus, santé publique et territoires), créée à l'initiative d'élus locaux en charge de la Santé, a identifié comme une des priorités des municipalités la prévention de la souffrance psychosociale souvent à l'origine d'une dégradation de la santé mentale.

Si le domaine de la santé ne constitue pas une compétence légale obligatoire pour les municipalités, elle peut être une opportunité pour mettre en place des actions transversales au niveau des déterminants de santé : logement, emploi, éducation et scolarité, famille... Le CLSM, lieu de concertation des acteurs en santé mentale, est bien l'espace permettant de faire émerger les besoins et de réguler et dynamiser les dispositifs de santé publique à l'échelle locale.

Parmi les CLSM aujourd'hui opérationnels, une grande majorité d'entre eux a accordé à la municipalité une place de pilotage et de coordination. Cela tient à plusieurs facteurs.

Tout d'abord, le pouvoir de convocation du Maire issu de sa légitimité démocratique lui permet de lancer un appel et de mobiliser les acteurs œuvrant en santé mentale, afin de les fédérer autour d'une problématique spécifique rencontrée sur son territoire.

Ensuite, la municipalité dispose de moyens humains et logistiques importants, nécessaires à la mise en place et au fonctionnement des CLSM. En effet, il n'existe pas aujourd'hui de financement pérenne et autonome des CLSM. Ces derniers fonctionnent sur la « bonne volonté » ou « le bénévolat » des participants. La municipalité met à disposition des locaux, établit les convocations et les comptes rendus des assemblées ou des réunions de travail. Ainsi, le CLSM du 14^{ème} arrondissement de la ville de Paris est fortement centré sur la Mairie et plus particulièrement sur l'élue en charge de la santé. Si l'appui de la mairie est confortable, il nécessite toutefois une vigilance quant au respect de la place et des compétences de chaque acteur membre. Le CLSM reste un espace de réflexion et de concertation, dont le bon fonctionnement dépend de l'implication de chaque acteur. Enfin, le Maire est un acteur de première ligne pour renforcer le lien et la cohésion sociale sur la commune. Le CLSM devient le lieu désigné pour réunir les acteurs dans une approche intersectorielle et fédérative de la santé mentale et de la souffrance psychosociale. Il vise l'inclusion des personnes en souffrance mentale et/ou psychosociale dans les espaces de vie collectifs de la commune : logement, services municipaux, lieux de soins, dispositifs d'insertion socio-économique... Le fonctionnement et l'organisation du CLSM permettent une régulation et une dynamisation des dispositifs publics, transposés à l'échelle locale de la municipalité ou du territoire du CLSM. Cette régulation se fait à travers la recherche de solutions et de réponses adaptées aux problématiques du territoire. L' élu municipal est donc essentiel au coeur du CLSM, il n'en est pas pour autant un acteur suffisant.

1.1.2 Les CLSM fonctionnent efficacement en s'appuyant sur les compétences des professionnels de santé

Depuis l'avènement de la psychiatrie « hors les murs », l'hôpital et les psychiatres ont démontré leur légitimité auprès des autres acteurs intervenant dans le domaine la santé mentale, notamment dans la construction de la sectorisation et dans l'accompagnement des malades au sein de la cité.

L'hôpital est le centre de la prise en charge du malade. Il est à la fois producteur de soins et aussi relais de soins auprès des autres professionnels de santé. Il est le centre ressource des malades et des autres professionnels impliqués (médecins généralistes, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs...), le lieu d'accompagnement des malades et des familles. Le CLSM est un dispositif permettant de mettre en lien les problématiques des

professionnels de santé avec l'ensemble des acteurs intervenant autour des personnes relevant d'une prise en charge dans le domaine de la santé mentale. Au moyen du CLSM, les professionnels de santé peuvent sensibiliser et communiquer sur les problématiques de la santé mentale en partageant leurs connaissances et leurs expériences dans ce domaine. Les professionnels de santé, soumis à l'obligation de secret professionnel, trouvent parfois difficilement leur place au sein du CLSM. Leur implication reste plus ou moins modeste par manque de temps (diminution du nombre de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national). Un autre facteur réside dans la difficulté pour les professionnels de la psychiatrie à se positionner entre d'une part, la prise en charge du malade et de sa maladie et, d'autre part, la prise en charge du malade dans son environnement sociétal. Ainsi, le dispositif du CLSM permet d'amener les psychiatres au-delà de la prise en charge habituelle du malade (en cabinet privé ou dans les murs de l'institution).

Enfin, la prise en charge du malade ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital mais doit s'inscrire dans un parcours de soins adapté et intégrant le milieu de vie du malade. Ainsi, l'ensemble de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale s'articule donc autour et en lien avec l'hôpital. Les CLSM permettent de faire le lien et de coordonner le travail de chacun en s'appuyant sur le développement des réseaux ville/hôpital (coordination avec les médecins généralistes). Par exemple, à Saint-Malo, le CLSM a permis la constitution d'une équipe mobile de deux infirmières qui, bien que dépendant de l'hôpital, se déplace auprès du patient dans son environnement (hôpital, domicile, foyer...).

1.1.3 La création des CLSM a favorisé la participation des usagers dans le domaine de la santé mentale

Au cours des divers entretiens réalisés par l'ensemble du groupe, nous avons constaté que la place de l'utilisateur n'est pas toujours bien occupée et utilisée au sein des CLSM. En effet, en termes de santé publique, la notion d'utilisateur renvoie à la notion de malade, de patient qui est un utilisateur du système de soins. Or, lors de nos entretiens, nous avons observé que la notion d'utilisateur renvoie tantôt au malade, à la famille, au citoyen. La notion d'utilisateur au sein des CLSM est floue de part le profil même des patients relevant du domaine de la santé mentale. En effet, le patient psychiatrique, en fonction de son état physique et psychique, ne peut pas toujours se représenter lui-même et doit alors se faire représenter par un tiers. Et lorsque les patients « guéris » peuvent physiquement et psychiquement participer au CLSM en tant que représentants des utilisateurs, ceux-ci sont peu motivés pour le

faire, souhaitant plutôt oublier cet épisode de leur vie. Ainsi, on peut rencontrer au sein des CLSM des représentants des usagers ayant des objectifs et des intérêts extrêmement différents entre eux.

Par ailleurs, les usagers sont la catégorie d'acteurs encore « oubliée » au sein des CLSM. Même s'ils participent à la mise en place de ces derniers, comme dans le cas de Marseille, ils sont peu souvent intégrés dans les comités de pilotage, étant simplement invités lors des réunions plénières.

1.1.4 La coordination des CLSM repose sur l'implication de l'ARS en termes de planification et de financement

Les premiers CLSM, créés à partir de 2005 ont rencontré des difficultés en termes de financement de leurs projets le temps que les ARS, issues de la loi HPST de 2009, soient suffisamment opérationnelles et organisées pour leur répondre efficacement.

Pour autant, le rapport COUTY de 2009 préconise clairement un rôle clé des ARS dans la coordination des CLSM par la mise en place de ceux-ci sous leur responsabilité directe. Les ARS jouent donc un rôle d'incitateur et de financeur.

Au cours des entretiens réalisés, on constate que les CLSM financés ou cofinancés par les ARS peuvent mettre en œuvre des projets réalistes et efficaces. Par exemple, à Saint-Malo, l'équipe mobile d'infirmières est financée de façon pérenne par l'ARS. Par contre, dans une commune des Vosges, l'ARS a refusé le financement d'un projet proposé par le CLSM, ce qui a engendré le désengagement des élus locaux et une difficulté certaine de fonctionnement.

L'implication des ARS semble donc incontournable pour mettre en œuvre les projets des CLSM.

1.1.5 D'autres acteurs se révèlent essentiels

A l'heure actuelle, les CLSM disposent d'une grande liberté dans leur modélisation : ils adaptent les réponses aux besoins exprimés. Une prise en charge globale et efficace en santé mentale nécessite la réunion d'acteurs diversifiés en fonction de chaque problématique. Le bon fonctionnement du CLSM dépend de la qualité de la concertation. Il est donc important que les acteurs y trouvant un intérêt soient associés.

Pour le CCOMS, la finalité du CLSM est de décroïsonner les pratiques professionnelles afin de concerter et de définir des stratégies locales, et de répondre aux besoins sociaux et de santé mentale de la population. En fonction des priorités déterminées, les représentants des bailleurs sociaux, du secteur médico-social, des forces de l'ordre, des services de l'emploi et de la formation professionnelle, les services sociaux peuvent faire partie d'un CLSM et apporter leur expertise.

Selon l'élue en charge de la santé du 14^{ème} arrondissement de Paris, « le travail en commun produit une accréditation réciproque des différentes entités, ce qui renforce leur capacité d'intervention. L'acculturation progressive des institutions résulte de la rencontre des individus au sein du CLSM. Si la variété des acteurs est une garantie de l'efficacité des actions du CLSM, elle constitue également un point de vigilance. En effet, elle peut fragiliser la structure du fait de la mobilité des membres et la variabilité des investissements individuels ».

Ainsi, les CLSM se développent aujourd'hui comme une modalité de coopération entre les différents acteurs confrontés aux difficultés de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. Néanmoins, on peut se demander s'il est possible de les qualifier de catalyseurs de projets inscrits au sein de leurs missions.

1.2 Le CLSM, instrument de projets collectifs locaux et d'actions individuelles ciblées

Les acteurs interrogés durant notre étude, nous ont fait part de leurs différentes réalisations et des actions mises en place à partir des CLSM. Celles-ci, diverses et variées, adaptées à leurs réalités locales, n'en demeurent pas moins proches et sensiblement identiques. Ainsi, nous avons trouvé des actions que l'on peut regrouper dans les catégories suivantes : des projets de prévention, formation et information et des actions sur des problématiques ciblées (accès au logement, populations spécifiques, situations de crise).

Au travers de ces différentes actions, les CLSM sont généralement impliqués dès la phase initiale des projets. Ils représentent l'espace de réflexion et de concertation entre les différents acteurs qui les composent. Une fois l'élaboration du projet réalisée, le CLSM en confie la gestion effective à un de ses membres ou de ses comités techniques. Par exemple, un conseil a répondu à un appel à projet lancé par le Conseil Général pour la création d'un

service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) auprès des personnes en situation de handicap psychique. Après approbation et financement du projet, la gestion du service a été confiée à une association partenaire.

Le rôle principal des CLSM consiste donc à créer du lien et à rassembler des acteurs qui ne se réuniraient pas naturellement, pour permettre une confrontation des points de vue. Cette démarche requiert de discuter autour d'une même table, de faciliter l'écoute et de respecter l'avis de chacun. Cette alchimie ne peut se réaliser que dans un climat de confiance entre les différentes parties. Cette condition ne se décrète pas : elle s'instaure dans le temps et par la volonté de chacun. Le CLSM doit être en mesure de créer et d'instaurer un tel climat, c'est un des rôles qu'il doit assumer en permanence afin de garantir sa pérennité et son bon fonctionnement. Le choix d'un projet, d'une problématique, d'actions, n'est possible et viable qu'à ces conditions. Nous avons observé ce rôle de catalyseur de projets à travers des actions différentes mais complémentaires menées au sein des CLSM interrogés et visités.

1.2.1 Des projets de prévention, formation et information

La prévention : Traditionnellement, elle recouvre des actions visant l'absence d'apparition de troubles ou de maladie dans une population cible. Ces actions ont vocation à prévenir le risque en prodiguant des conseils d'hygiène de vie ou de comportement. Elles sont largement diffusées et s'adressent en priorité aux populations à risque face à la maladie ou aux problèmes de santé concernés. Dans notre cas, les CLSM s'adressent à une population déjà atteinte de troubles ou par la maladie. Ses actions de promotion de la santé visent alors à permettre le maintien d'un équilibre, d'un état de santé stabilisé, et à prévenir toute rechute. Il s'agit alors de prévention secondaire.

Préalablement à toute prévention, les CLSM élaborent un diagnostic partagé des besoins des personnes en situation de souffrance psychosociale et de l'offre de services correspondante. Ainsi, toute action ultérieure s'inscrit dans le contexte local et vise à lutter contre l'exclusion et à assurer l'égalité d'accès aux soins et aux services. Suite au diagnostic initial, diverses actions sont mises en œuvre, pour éviter aux élus d'avoir recours à des Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE). Ainsi, certains conseils ont mis en place un répertoire rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, leurs champs de compétences et leurs coordonnées. Un tel outil de travail permet, en plus d'une

meilleure connaissance de chacun, une coordination des acteurs plus efficace. De ce fait, ce type de répertoire peut s'intégrer à des dispositifs d'alerte en amont des épisodes élastiques d'une population fragilisée, souvent inscrite dans une précarité matérielle et affective.

La démarche de prévention est inévitablement collective et nécessite une coordination. Les CLSM remplissent très souvent ce rôle et deviennent la pierre angulaire du dispositif.

La formation des acteurs : Les CLSM, pour fonctionner, s'entourent de partenaires aux logiques et pratiques professionnelles diverses et variées. Nous trouvons des acteurs sociaux, des élus locaux, des professionnels de santé, des éducateurs, des représentants d'utilisateurs... Un partage *a minima* de connaissances et d'un langage commun est nécessaire. C'est une des principales raisons qui les incitent à mettre rapidement en place des actions de formation auprès de ces différents acteurs. Ainsi, dans les Vosges, un CLSM a mis en place une formation destinée à ses membres (hors professionnels de psychiatrie) sur les maladies mentales. Le conseil du 14^{ème} arrondissement de Paris a organisé une journée de sensibilisation à destination des élus et des agents municipaux. Ces initiatives tendent aujourd'hui à se déployer à l'ensemble des conseils. Toutefois, il est parfois difficile de dépasser les représentations dans le domaine de la santé mentale. Un CLSM interrogé nous a fait part de ses difficultés à fonctionner, dans la mesure où les principaux élus n'ont pas réussi à faire évoluer leurs propres représentations. Ils se sont progressivement détournés et désengagés du conseil.

L'information du public : Concernant l'information et la sensibilisation du public, les CLSM jouent un rôle de plus en plus important dans les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM). De plus, de nombreux CLSM s'investissent dans l'organisation de colloques ou de forums, destinés à l'ensemble des personnes confrontées au handicap psychique. L'objectif vise à favoriser, au-delà des différences, le mieux-vivre ensemble. Il s'agit, à partir d'un partage de valeurs et de langage, de faire évoluer des représentations et une vision d'individus qui font peur à travers leurs troubles et leurs détresses. Ce type d'initiative reçoit un écho favorable de la part de la population : un fort taux de participation est généralement observé. De plus, les questionnaires de satisfaction révèlent un réel intérêt pour le sujet, comme c'est le cas à Saint-Malo. Ces actions d'information sont identifiées et décidées collectivement et font participer l'ensemble des acteurs et utilisateurs. Néanmoins, en amont de ces actions, la réflexion est généralement insufflée par les élus locaux qui initient et soutiennent le CLSM. Là encore, le CLSM, à travers cette

mission pédagogique, se pose souvent comme le déclencheur et le coordonnateur de ce type de projets de formation.

1.2.2 Des actions sur des problématiques ciblées (accès au logement, situations de crise, populations spécifiques)

L'accès au logement : A la sortie de l'hospitalisation, les personnes atteintes de troubles psychiques sont souvent démunies face à la problématique du logement. Confrontées à des phénomènes récurrents de stigmatisation, de représentations négatives par le voisinage, ces personnes se trouvent rapidement en difficulté. Ces situations peuvent aggraver la souffrance psychique et générer une nouvelle hospitalisation. Les bailleurs sociaux comme les travailleurs sociaux n'ont souvent pas les moyens pour répondre à ces circonstances très particulières. Face aux refus ou aux logements insalubres, le retour à l'hôpital ne peut être évité. Par des actions d'information et de sensibilisation, un soutien des élus locaux et des professionnels de santé auprès des bailleurs sociaux, une solution collective, réfléchie et adaptée peut se mettre en place. Une fois de plus, le CLSM est désigné pour mettre en œuvre les synergies entre partenaires, ce dispositif étant ou devenant par nature le pivot de la réflexion et de l'action.

La gestion des situations de crise : Certains conseils font le choix d'instaurer une cellule de gestion des situations complexes ou cellule de crises. Une telle commission propose de mettre en lien les acteurs compétents (soins, social, justice, police, bailleurs sociaux...) autour de l'analyse et du traitement de situations sensibles nécessitant une réponse rapide. Dans les CLSM rencontrés lors de cette étude, certains ont constitué un réseau d'alerte et élaboré une charte, explicitant la conduite à tenir dans de telles situations. D'autres ont créé, au sein d'un service d'accompagnement à la vie sociale pour les personnes en souffrance psychique, un groupe technique spécifique à la gestion des situations de crise. Enfin, un conseil a permis la création au sein du centre hospitalier d'une équipe mobile « santé mentale, précarité, exclusion ».

Ces comités de gestion des situations individuelles permettent de gérer un certain nombre de cas particuliers chaque année, et tendent à éviter le recours aux SPDRE. Par ce dispositif, les CLSM montrent leur capacité à répondre aussi bien à des besoins individuels que collectifs. De plus, le cadre du CLSM permet d'assouplir les réticences de la psychiatrie quant à son devoir de secret professionnel.

Dans ce secteur d'activités comme dans les autres, on remarque que le CLSM initie une action ensuite mise en œuvre par un groupe de travail ou les professionnels directement concernés.

Populations spécifiques : L'identification d'un axe de travail particulier, en lien avec une réalité locale reconnue, nécessite l'intervention de toutes les parties concernées par la problématique relevée. Le diagnostic initial révèle parfois des besoins spécifiques, nécessitant la mise en place de groupes de travail thématiques. Ainsi, certains conseils font le choix de se pencher plus particulièrement sur la souffrance psychique des jeunes, d'autres s'intéressent aux personnes âgées. En effet, les acteurs de la santé mentale des enfants et adolescents sont généralement moins présents dans les CLSM, ces derniers se structurant pour beaucoup autour des problématiques du « monde adulte ». La mise en place de groupes de travail sur ces thématiques favorise donc le recours aux dispositifs et réseaux existants (maison départementale des adolescents, centre local d'information et de coordination...). Dans ce cadre, il est intéressant de solliciter d'autres acteurs concernés par la problématique traitée, tels que l'Éducation nationale ou la médecine scolaire, même s'ils ne sont pas membres du conseil.

Véritable pivot des différents projets et actions menés au sein du tissu local, en faveur des personnes souffrant de troubles psychiatriques, le CLSM en est légitimement le catalyseur. Encore faut-il, en plus d'une position privilégiée, que ce dispositif bénéficie d'acteurs et d'animateurs qui soient en mesure de le porter et de lui donner vie. Selon le CCOMS, « Les CLSM, pilotés ou copilotés par les municipalités, ont vocation à favoriser des partenariats locaux en santé mentale, conçus comme des opérateurs du décroisement entre professions, institutions et associations, traditionnellement clivés, selon qu'ils relèvent du secteur sanitaire ou non ». Pour autant, les conseils n'ont pas d'autre légitimité, et laissent les actions opérationnelles s'élaborer et se mettre en œuvre par les professionnels de terrain, leur principal rôle étant de mettre les bonnes volontés en synergie. De fait, les opérations de terrain répondent au plus près des besoins identifiés. Les éléments observés lors de notre étude placent le CLSM comme un dispositif de coordination et de régulation pertinent et efficace. Il semble disposer d'outils nécessaires pour s'inscrire dans le paysage institutionnel et l'environnement local, à condition qu'il dépasse les limites et écueils identifiés.

2 Vers une meilleure adaptation des CLSM à leur environnement

Le rapport COUTY a suggéré que l'ARS soit le pilote de la mise en œuvre du dispositif des CLSM. A ce titre, les attentes sont fortes face aux ARS pour qu'elles aident les CLSM à surmonter leurs difficultés inhérentes et à creuser de nouvelles perspectives, en tentant de trouver un juste milieu entre liberté laissée aux acteurs et une formalisation qui renforcerait le conseil.

2.1 Des difficultés qui peuvent remettre en cause l'efficacité des CLSM

2.1.1 Les conséquences d'une absence de définition du CLSM dans les textes réglementaires

Au cours de notre enquête, nous n'avons pu échapper au constat d'une grande diversité : diversité de définition selon les lieux et les dimensionnements, diversité de définition selon les acteurs (chaque acteur, même au cœur d'un même CLSM, y met ce qu'il veut). Faute de définition réglementaire, différentes instances répondant au nom de « CLSM » ne correspondent pas à la même réalité. Ce flou de définition se retrouve dans une diversité de nomination. Ainsi, à Marseille, le Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) répond tout à fait à la définition d'un CLSM sans en porter le nom. D'autre part, suffit-il que les professionnels se constituent en réseau pour « faire » un CLSM ? L'interconnaissance professionnelle que permet le CLSM, si elle est cruciale, ne doit-elle pas impérativement se traduire par des actions concrètes ?

A l'inverse, il peut y avoir des actions concrètes sans CLSM. En Rhône-Alpes, des actions principalement communales ont en effet rempli ce rôle pendant des années avant l'apparition du terme.

Le CLSM est parfois le moyen recherché pour favoriser une collaboration interprofessionnelle en instaurant une structure juridiquement peu contraignante. A la demande du chef d'établissement, une cadre de santé dans les Vosges s'est renseignée sur les conditions de mise en place d'un Conseil Territorial de Santé Mentale (CTSM), puis s'est orientée vers la mise en œuvre d'un CLSM, moins contraignant, sans obligation de budget, d'adhésions ni de cotisations.

Il y a consensus, malgré tout, tant chez les élus que dans les ARS, à propos des acteurs qui doivent faire partie du CLSM. Ainsi, les professionnels de la psychiatrie en sont

nécessairement partie prenante. Il faut une « implication, [une] intrication énorme avec le secteur psychiatrie. S'il n'est pas présent, le CLSM fonctionne mal », insiste la chargée de mission psychiatrie et santé mentale à l'ARS Rhône-Alpes. Sans la psychiatrie, martèle l'élue de Nanterre, « il n'y a pas [de CLSM] ».

2.1.2 Les enjeux du financement

Une des principales difficultés susceptibles de menacer l'existence des CLSM est, sans surprise, celle du financement. Comme le formule une directrice de GEM à Marseille : « On expérimente les logements, les quartiers difficiles, les pairs aidants... mais pour faire des choses concrètes, sur le terrain, il n'y a plus d'argent. »

En effet, jusqu'à présent, tant au niveau régional qu'au niveau national, rien n'est explicitement prévu pour les CLSM. « Aujourd'hui, cet outil ne dispose d'aucun financement institutionnel ; ce qui fait sa fragilité, c'est qu'il ne repose pour l'instant que sur la volonté des participants. « C'est presque du bénévolat », déplore l'élue à la santé du 14^{ème} arrondissement de Paris.

Concrètement, analyse une responsable du CCOMS à Lille, « la question des moyens est au fond celle du temps de coordination et de son financement. (...) Par exemple, un secteur va dire : on veut bien ¼ ou 0,30 de psychologue ou d'infirmière ; la mairie : on veut bien 0,30 de coordinateur. Mais au final on se retrouve avec trois coordinateurs qui doivent... se coordonner entre eux ! Donc le personnel est acquis mais l'objectif est d'avoir un coordinateur identifié. Les villes espèrent des financements de l'ARS. Les ARS disent : il y a une fiche projet, mais quel financement ? [Or] c'est bien le problème de la coordination qui se pose, surtout pour les villes moyennes, qui n'ont pas forcément les moyens. »

Comme le préconise une inspectrice de l'IGAS, auteur de rapports sur l'organisation de l'offre de soin en psychiatrie, il est du rôle des ARS de financer un membre du personnel (aide-soignante, secrétaire), de réunir les chefs de secteur psychiatrique pour connaître leur besoin en termes de financement. Tout cela peut être fixé dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). « Toutefois, précise-t-elle, pas besoin d'un Plan Santé Mentale National trop précis. Il faut laisser la liberté d'élaborer des idées originales dans chaque Programme Régional de Santé ». Autrement dit, « faire là où ça marche, sans attendre que ça marche partout. »

2.1.3 Un fort cloisonnement qui rend les synergies difficiles

« Les français sont champions du cloisonnement », note une psychiatre marseillaise. Il est vrai que le CLSM a pour vocation de « décloisonner » les acteurs. Il apparaît en effet indispensable d'accompagner concrètement la rencontre entre la psychiatrie et le social car, comme le remarque la psychiatre, « il y a des malades mentaux qui sont dans la rue, qui délirent, certains qui meurent de froid, certains qui sont agressifs mais qui surtout sont agressés. Ces personnes sont particulièrement vulnérables et cela concerne la cité, pas seulement les psychiatres. C'est un problème social. »

Or, au sujet du décloisonnement, on a du mal à dépasser le vœu pieux. Nous avons déjà évoqué la difficulté de certains psychiatres à considérer l'utilisateur comme un interlocuteur à part entière. Ainsi, un psychiatre pouvait dire, il y a une vingtaine d'années, lors de la consultation des usagers dans le cadre du rapport sur la loi de 1990, « je démissionne, je ne vais pas rester avec ces macaques », raconte l'IGAS que nous avons interrogée.

Au niveau des domaines (social / psychiatrique), le cloisonnement représente un défi majeur.

Du point de vue des mentalités d'abord. En effet, beaucoup de professionnels de la psychiatrie pensent que le logement relève du domaine privé et qu'ils n'ont pas à intervenir, sans prendre suffisamment en compte l'incidence de la pathologie psychique sur la recherche d'un habitat. Ce cloisonnement se retrouve également entre les élus et les psychiatres : « les maires d'arrondissement sont complètement étrangers au domaine sanitaire. Quand on leur parle des problèmes de logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux, ils prennent peur : “vous allez ramener tous les fous dans le quartier” », expliquait la psychiatre marseillaise. De la même façon, les travailleurs et bailleurs sociaux ne se sentent pas toujours concernés par les questions psychiatriques. Ce que nous rappelle le COSM de Marseille qui intervient dans une perspective, à l'interface entre le sanitaire et le social, et pour lequel les acteurs de ces champs ont une approche réductrice : « Les acteurs sociaux ne voient que l'aspect sanitaire et veulent renvoyer les malades à l'hôpital. Dans les CHR, on nous demande de leur trouver un logement car ils n'y ont pas leur place. Personne ne veut de ce public-là » rappelle la psychiatre de Marseille.

Ce cloisonnement de secteurs se retrouve au sein des organisations administratives et politiques. Ainsi, l'organisation de l'ARS Rhône-Alpes est fractionnée entre le sanitaire et le médico-social. Pour remédier à cela, la référente santé mentale de l'ARS souhaiterait mettre en place une équipe transversale comprenant des représentants des directions

métiers et des coordonnateurs de territoire, déclinés en comités techniques répartis par territoires de santé qui iraient à la rencontre des élus.

Enfin, le cloisonnement est géographique : inter-CLSM et inter-ARS. Nous nous sommes rendus compte au cours de nos entretiens que les acteurs, même ceux à la recherche d'améliorations de leur CLSM, ignoraient tout de la réalité de ces conseils sur d'autres territoires de santé dont ils auraient pourtant pu s'inspirer. Cependant, on trouve ponctuellement des tentatives de décloisonnement. Ainsi, l'élus de Nanterre que nous avons rencontré est un acteur connu et invité dans de multiples séminaires, rencontres et réunions où il est amené à exposer le travail et les résultats tangibles de son CLSM. Il est régulièrement sollicité par des collègues, élus de ville de France, en appui technique à la réalisation de leur CLSM.

2.1.4 Les carences de l'évaluation

Au nom du principe de bonne utilisation de l'argent public, il faudrait s'assurer en aval que le CLSM répond de manière adéquate aux objectifs qu'il a déterminés. Cela pose inévitablement la question de l'évaluation.

Or, il n'existe pas, pour le moment, de protocole d'évaluation globale des CLSM. Le CCOMS est, à l'heure actuelle, en cours d'élaboration d'un tel protocole. Seule la ville de Grenoble a, à ce jour, réalisé l'évaluation complète et systématique de son CLSM. Certaines municipalités ont recours à des ressources extérieures, d'autres disposent d'espaces réflexifs autour de l'évaluation ou développent leurs indicateurs d'activité. A Marseille, par exemple, chaque action mise en place est évaluée. Des bilans sont réalisés et publiés par l'équipe municipale de santé publique. Pour assurer la publicité de ces résultats, ces évaluations sont présentées lors de la SISM. A Nanterre, au titre d'éléments qui relèvent d'une forme d'évaluation, le fonctionnement et les résultats des actions du CLSM font l'objet de publication dans des revues (*Plurielles, La Gazette des communes...*) et de travaux collectifs.

D'autres municipalités considèrent n'avoir pas les moyens, en temps et en compétences, de conduire de telles évaluations. Il ne reste plus alors qu'à se fonder sur du ressenti, comme par exemple la baisse de la fréquentation des assemblées. Or, le ressenti est-il un critère pertinent ? Si le nombre de personnes présentes lors de réunions plénières diminue, cela ne signifie pas forcément une baisse de motivation et d'efficacité. Cette fréquentation en berne pourrait tout autant signifier en fait, que les acteurs du CLSM se réunissent en dehors

de ces assemblées et qu'il n'y a plus besoin de porter certaines problématiques, déjà résolues.

A Nanterre, la pérennité du CLSM est vue comme un critère de réussite en soi. Mais en termes d'impact épidémiologique, les résultats seront bien difficiles à mesurer, selon l'écu, par ailleurs médecin : « On ne peut pas dire que l'incidence de la schizophrénie va diminuer ».

En principe, l'évaluation comprend deux dimensions : quantitative et qualitative. En tout état de cause, on peut concevoir qu'il faille aussi bâtir des critères d'évaluation différents selon les trois grandes « fonctions » des CLSM (stratégique, participative, pédagogique) et une série d'indicateurs *ad hoc* de réussite : dimensionnement, implication des élus, des psychiatres, des usagers, des travailleurs sociaux, budget identifié aux niveaux de la politique de la ville et/ou ARS, coordinateur clairement identifié, etc. L'évaluation doit être conduite en concertation et de manière participative ; le degré d'appropriation du CLSM pourrait, lui-même, faire l'objet d'une évaluation.

On peut penser qu'il sera difficile de retenir des critères généraux en raison de la diversité des CLSM. « D'ailleurs, il sera sans doute possible d'harmoniser un peu, mais les différences resteront », considère la référente CCOMS. La diversité des CLSM ne doit donc pas s'opposer à ce que les acteurs se donnent les moyens de les évaluer, et pourquoi pas de manière standardisée.

En substance, les difficultés rencontrées relèvent du manque d'incitation et du manque d'encouragement, notamment des acteurs et des pionniers dans ce domaine, mais aussi des projets nouveaux qui pourraient voir le jour. Chercher à fédérer et à généraliser les solutions locales au niveau national serait-il réalisable - si oui, serait-ce bénéfique ?

2.2 L'ouverture du CLSM, renforcé par son environnement, à de nouvelles perspectives

2.2.1 Quel rôle peuvent jouer les ARS dans le développement des CLSM ?

Dans le cadre du Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015, les ARS ont un rôle central dans le pilotage des politiques de santé mentale à l'échelon régional. Pour ce faire, elles sont investies de diverses missions. Elles doivent décliner les objectifs du Plan dans le

PRS, outil stratégique adaptant à la région les orientations nationales des politiques de santé publique. Pour les concepteurs du Plan, les PRS et les différents plans qui le composent « constituent en quelque sorte les 26 programmes régionaux opérationnels "Psychiatrie et santé mentale#" ». De plus, elles se doivent d'identifier les obstacles à la fluidité des parcours des patients et peuvent mener des projets, grâce au Fonds d'intervention régional, visant à atténuer ces difficultés. Le Plan psychiatrie et santé mentale charge également les ARS de communiquer entre elles sur les innovations locales et les dispositifs mis en place. Les ARS ont également d'importantes compétences en matière de soins sans consentement. Elles mettent en œuvre les admissions en soins psychiatriques après décision du préfet et désignent les établissements chargés de ces soins. Dans le cadre de leurs attributions, elles sont naturellement amenées à s'intéresser aux CLSM et à y participer.

Le rôle de l'ARS vis-à-vis des CLSM varie d'une région à l'autre. On observe un consensus chez nos interlocuteurs sur la nécessité que l'ARS incite les acteurs locaux à la création de ces conseils. « Les acteurs adhèrent plus facilement aux projets quand c'est l'ARS qui porte », remarque la référente CCOMS de Lille. Cependant, l'engagement des Agences peut varier d'une région à l'autre. Alors que les ARS de Rhône-Alpes et d'Ile-de-France sont très investies, nos interlocuteurs apprécieraient un engagement plus fort de l'ARS PACA.

Le rôle incitateur des ARS passe en partie par la distribution de financements. Face aux nombres importants de CLSM dans la région Rhône-Alpes, il est évident que les représentants ne peuvent assister à toutes les assemblées ou à tous les comités de pilotage. L'ARS envisage de lancer un appel à projet autour de la coordination des CLSM. Elle s'engagerait à financer la moitié d'un poste de coordonnateur si certaines conditions étaient réunies : le CLSM doit s'engager à porter des actions autour de la prévention, en faveur du logement des personnes handicapées psychiques et former des commissions sur des situations complexes. Ces coordonnateurs permettraient également aux différents CLSM d'échanger sur leurs pratiques et leurs résultats. En Île-de-France, l'ARS cherche à rédiger un cahier des charges qui leur conférerait une base commune. L'ARS a donc des pouvoirs de formalisation.

Néanmoins, ces conseils ont été conçus pour répondre aux besoins des territoires. Si l'ARS finance des projets, il existe le risque que des actions en cours soient abandonnées. Le conseiller municipal de Nanterre craint également que ces aides renforcent les inégalités entre CLSM : « il n'y a pas de raison pour que les anciens CLSM soient moins bien traités que les nouveaux ». Elles pourraient également limiter les initiatives et la créativité locales.

L'élu considère que les CLSM doivent conserver leur liberté d'action puisqu'ils traitent de situations bien particulières. Le cahier des charges relatif aux CLSM devra donc leur laisser une marge de manœuvre. Le rôle des Agences régionales de Santé est appelé à évoluer mais elles doivent trouver un équilibre pour accompagner les CLSM.

2.2.2 Le CLSM ne peut se contenter d'être seulement un lieu d'interconnaissance professionnelle.

« Si un CLSM n'apporte rien à ceux qui y participent, il s'éteint. C'est pourquoi il est important que celui-ci mette en place des actions concrètes afin que s'établisse un intérêt durable » avertit le maire adjoint de Nanterre. La pérennisation des CLSM et leur bon fonctionnement passe par l'élaboration d'une culture commune. Il paraît essentiel que le CLSM soit porteur de projets afin d'avoir une réelle influence sur son environnement.

Le Groupe de Recherche en Psychologie Sociale de l'Université de Lyon 2 a procédé à une évaluation du CLSM de Grenoble (GREPS). Les objectifs définis des CLSM sont l'élaboration et la concrétisation de projets, une meilleure analyse des problèmes de santé mentale, faciliter la prévention et améliorer l'accès aux soins sur le territoire. Le GREPS a observé que le conseil de Grenoble était à ses débuts, un lieu d'échanges et de concertation, favorisant les relations interpersonnelles entre les acteurs, ainsi que la réflexion, le partage et la créativité. Au cours du temps, on note une diminution de la participation des acteurs et l'émergence d'une certaine frustration, relative au sentiment de perte de temps et l'impression que le CLSM est devenu un lieu de plaintes.

Depuis qu'il existe, le CLSM de Saint-Malo a mis en place un certain nombre de projets et d'actions, comme la mise en place d'un SAVS, d'une équipe mobile, l'organisation de plusieurs forums sur la santé mentale... Aujourd'hui, les participants de ce CLSM sont présents et restent motivés par les actions mises en place. Les actions de sensibilisations ne sont pas suffisantes, les CLSM se doivent de proposer des solutions plus individualisées. Le conseiller municipal de Nanterre remarque que « si tout le monde n'est pas convaincu qu'il y gagne et que ce qu'il apporte va être payé en retour, ça ne marche pas. »

2.2.3 Pérenniser le CLSM

Le CLSM n'est pas un outil imposé de la politique de santé mentale : il dépend de l'initiative des acteurs et du temps qu'ils sont prêts à lui consacrer. Si cet état de fait

permet une plus grande créativité, il pose le problème de la motivation dans la durée, et donc de la pérennisation du système. En effet, la création d'un CLSM est très souvent le fait d'un acteur unique (principalement un élu) qui en demeure le moteur par la suite. Ainsi, à Saint-Malo, le CLSM repose entièrement sur la Maire adjointe, à l'initiative du projet, qui lui apporte sa légitimité d'élue locale et départementale : sa crédibilité a en effet permis d'actionner différents leviers nécessaires à la mise en place du CLSM (budget, coordination, rassemblement des acteurs). Le maintien de la motivation des acteurs, et donc la pérennité du CLSM dépend également de la personnalité de cette femme de conviction, dynamique et volontaire.

Or, un dispositif reposant sur un seul acteur est condamné à disparaître avec le départ de ce dernier. Des solutions sont donc envisagées par certains afin de permettre une pérennisation de leur CLSM indépendamment des personnes qui les portent.

Il s'agit de faire passer les CLSM d'un ressort personnel à un ressort institutionnel, au travers des contrats juridiques. Ainsi, à Marseille, l'adjointe au Maire déléguée à l'Hygiène et à la Santé cherche à intégrer le COSM, dont elle est à l'origine, dans un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Il s'agit de mutualiser les moyens (locaux, véhicules, personnel), les services (juridiques, comptables) et les équipements de la mairie et du COSM.

Cependant, il existe un effet pervers à l'utilisation d'un outil juridique pour asseoir le CLSM. Selon les recommandations du Plan Santé Mentale 2005-2008, le conseil du 14^{ème} arrondissement de Paris a été intégré dans un Groupement Local de Coordination pour la Santé Mentale (GLCSM). Or, les professionnels de psychiatrie ne sont pas enclins à rejoindre le CLSM, car en son temps, ils s'étaient opposés à la création des GLCSM.

Pour d'autres, cette institutionnalisation passe par une professionnalisation des acteurs. Ainsi, le CLSM ne reposerait plus seulement sur la motivation conjoncturelle de ses créateurs, mais sur une refonte structurelle. Il s'agit d'envisager le financement d'un poste de coordinateur des activités du CLSM. Les ARS pourraient utiliser le levier de l'incitation financière afin de faire entendre leur voix.

Cependant, au sein-même des agences, des acteurs tels que la chargée de mission psychiatrie et santé mentale en Rhône-Alpes sont conscients que ce que le CLSM gagnerait en force à travers sa formalisation, il le perdrait en autonomie et en adaptabilité.

Enfin, certains acteurs aspirent à la pérennisation des CLSM, par une modification législative, à l'initiative du ministère de la Santé.

2.2.4 Assurer la pertinence du CLSM au sein du paysage institutionnel de la santé mentale

Le CLSM est une instance parmi d'autres ayant pour objectif l'amélioration de la santé mentale. Ainsi, le mémoire de Chantal Marot Dupré³ tente de faire le point sur les différents dispositifs existant en termes de santé mentale et mettant en évidence quatre principaux types de réseaux : les CLSM, les Ateliers Santé Ville, les Chartes et les Conseils Locaux de l'Action Sociale et de Santé.

Le CLSM ne doit pas être un doublon par rapport à ces autres dispositifs. En effet, ces outils se doivent d'être complémentaires, et ne pas épuiser les financements ni les motivations. Or, l'absence d'une définition précise et partagée du CLSM entraîne un fort risque de redondance. Il serait bon de faire le point sur le rôle spécifique des autres instances, de manière à déterminer ce que le CLSM ne doit pas être.

Pour certains, l'objectif premier du CLSM est l'interconnaissance des professionnels, comme à Grenoble. Or, c'est déjà le rôle de réseaux existants sur le territoire. Chantal Marot Dupré définit les réseaux de santé mentale comme « des espaces interinstitutionnels, intersectoriels ; non institutionnalisés, au sein desquels peuvent se produire de l'action publique répondant au critère d'un ajustement local, au sein desquels peuvent se révéler et se mettre en scène toutes les zones d'incertitudes générées par ces nouvelles formes d'action »⁴. Les MRP (Mini Réseau de Proximité) en Seine-Saint-Denis sont à cet égard tout à fait exemplaires : après que les médecins généralistes de l'ANGREHC (Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude sur les Hépatopathie Chroniques) ont constaté qu'il existe « naturellement » des Mini Réseaux de Proximité par affinité pour les patients et pour les professionnels, ils ont mis en place un Centre de ressources pour MRP dans le but de les activer en cas de nécessité et de les coordonner.

Si le CLSM ne doit donc pas se contenter d'être un simple lieu d'interconnaissance et doit mettre en place des actions, il doit de plus veiller à s'orienter vers des missions qui n'existent pas par ailleurs dans le cadre d'autres structures. A Marseille, la question du logement illustre cet enjeu, qui s'explique par le cloisonnement des champs social et de la santé mentale. Ainsi, si un usager de la psychiatrie cherche un logement, il se trouve confronté à une pléthore d'acteurs aux critères très différents. Le COSM de Marseille a

³ MAROT DUPRE, *Les réseaux de Santé Mentale : Figures d'une action publique territorialisée*, Mémoire, Institut d'études politiques de Lyon., 2006, p.103

⁴ *Idem*

donc décidé de transformer cette menace de doublon en opportunité de synergie, en cherchant à faire la jonction entre tous ces dispositifs et en les unifiant de manière à rendre le paysage plus lisible pour les usagers.

Conclusion

Ainsi le CLSM est-il un outil qui, par le moyen de la coordination, fait de sa malléabilité sa force, en désignant ses acteurs et en adaptant ses actions aux réalités locales. En prenant conscience de ses difficultés, les acteurs du CLSM peuvent prendre en considération les nouvelles perspectives qui s'offrent à cette instance, en tendant vers une existence plus formalisée, mieux financée et davantage organisée.

Émile Durkheim, dans *Le Suicide*, écrit que « dans une société cohérente et vivace, il y a de tous à chacun et de chacun à tous, un continuel échange d'idées et de sentiments et comme une mutuelle assistance morale qui fait que l'individu, au lieu d'être réduit à ses seules forces, participe à l'énergie collective et vient y reconforter la sienne quand il est à bout. »

Ces quelques mots, la « participation à l'énergie collective » décrite par le sociologue, renvoient précisément à la définition du CLSM à la fois comme moyen et comme fin, comme lieu d'exercice de la santé mentale citoyenne et d'élaboration en commun. « La loi, les bons sentiments ne perdurent pas », rappelle l'IGAS que nous avons rencontrée. « Les discours anti-stigmatisants du CCOMS ne suffiront pas. En effet, la stigmatisation n'est pas un problème de mots ou de représentations, mais d'actions concrètes. Seul le travail ensemble permet d'aller plus loin que l'incantation, et de réaliser un maillage concret. »

Il ne revenait pas à ce rapport d'aller au-delà des dispositifs imaginés en France, mais les exigences portées par le CLSM ne sont pas une spécificité franco-française. On peut mentionner à cet égard le colloque européen qui s'est tenu en 2008, à l'Hôtel de ville de Paris, sur le thème : « ville et santé mentale : quelles bonnes pratiques, selon l'OMS, pour la prise en charge dans la cité des personnes souffrant de troubles mentaux », sous l'égide du CCOMS et de l'association ESPT. Ce colloque concluait sur la difficulté de comparer les différentes initiatives européennes sans disposer d'une connaissance complète du système dans lequel chaque initiative voit le jour. La santé mentale concerne l'ensemble des élus locaux, et la réponse apportée doit reposer sur tous les services de la cité. Les collectivités locales doivent être officiellement investies d'une compétence en santé mentale et les ressources correspondantes doivent leur être transférées.

L'enjeu crucial est de répondre à une demande dispersée et extensive, avec une tendance à la psychiatrisation progressive des problèmes de société (la violence notamment). Cela s'accompagne d'une réduction des moyens en hommes et en équipement.

Soit les CLSM saisissent l'opportunité du mouvement de renforcement qui se développe, soit ils sont condamnés à s'étioler par épuisement des acteurs. Or, en tant que précurseurs du décroisement prôné aujourd'hui par les pouvoirs publics, il est permis de parier sur l'appui dans leur cadrage, s'il est prodigué avec intelligence et subtilité, et au final sur l'épanouissement des CLSM.

Liste des annexes

Annexe 1 : Page méthodologique II

Annexe 2 : Bibliographie III

Annexe 3 : Recommandations OMS 2001-2005 V

Annexe 4 : Le CLSM, outil de coordination à la recherche d'un leadership complètement défini. Un exemple type de CLSM piloté par un élu VI

Annexe 5 : Grille de questions pour les entretiens semi-dirigés VII

Annexe 6 : Entretien de Laurent L. ELGHOZI, conseiller municipal de Nanterre IX

Annexe 7 : Entretien avec Maïté ARTHUR, représentante d'usagers XXIII

**Annexe 8 : Entretien avec le docteur GRUNBERG, médecin généraliste à Gagny
XXVIII**

Annexe 9 : Recensement des CLSM par le CCOMS en mars 2012 XXVIII

Annexe 10 : Fiche résumé XXX

Annexe 1 : Page méthodologique

Malgré la durée exceptionnellement courte dont nous avons disposé pour réaliser notre mémoire, nous avons choisi de rencontrer un maximum d'acteurs afin de nous enrichir de leurs savoirs et de leurs points de vue.

Les deux premiers jours ont été consacré à l'organisation logistique (prise de contacts, établissement d'un budget) et à l'émergence de notre réflexion : mise en place d'une problématique, recherche des principaux axes de travail (la typologie des CLSM, leur fonctionnement, leurs limites, leur efficacité) et élaboration de grilles de questions en fonction des acteurs rencontrés.

Nous avons par la suite réalisé 12 entretiens auprès de politologues ayant mené une réflexion sur les enjeux et l'histoire des CLSM, ainsi que des acteurs directs des CLSM : élus, psychiatres, usagers ou représentants de l'ARS. Certains de ces acteurs ont une vision générale de la question, ainsi qu'une expérience qui dépasse leur propre CLSM D'autres ont une vue plus ciblée, ce qui nous a permis de nous appuyer sur des exemples plus approfondis.

Cependant, les contraintes de temps, nous ont limité pour enquêter suffisamment auprès des professionnels de la psychiatrie publique. Nous savons qu'ils ont parfois répondu de manière discordante aux sollicitations pour participer à l'élaboration de CLSM.

Ces structures sont très dépendantes du contexte local, ainsi nous avons cherché à nous confronter à des acteurs d'origines géographiques variées, de Lille à Marseille, et dans des villes de différentes tailles, de Paris à Remiremont.

Nous avons voulu ne pas tomber dans l'écueil qui consiste à n'interroger que des acteurs dont le CLSM fonctionne bien, et d'aller également à la rencontre de ceux qui rencontrent des difficultés.

De même que nous avons commencé par interroger Pauline RENTHER, qui a étudié la question des CLSM afin d'avoir directement une vue générale sur la question, nous avons, après avoir réalisé tous nos entretiens, rencontré les animatrices de notre groupe afin de pouvoir faire le point.

Tous ces entretiens ont été réalisés soit par téléphone ou Skype (cinq d'entre eux), soit par rencontre directe. Nous avons toujours fait en sorte d'être au moins deux (et plus généralement trois ou quatre) lors de nos rencontres avec les acteurs.

La dernière semaine a été consacrée à la rédaction et à la relecture.

Annexe 2 : Bibliographie

Ouvrages

ASSOCIATION ELUS, SANTE PUBLIQUE ET TERRITOIRES. *Santé mentale et ordre public : Quelles compétences pour les élus locaux ?*, Actes de la journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006

CASTEL, Robert. *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris: Éditions de Minuit, 1976, 340 p. Collection le Sens Commun. ISBN 2-7073-0146-9

DURKHEIM, Émile Durkheim. *Le Suicide*, Presses Universitaires de France, 1930, Collection Quadrige

GROUPE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE. *Restitution de la Recherche-Action Évaluation du CLSM de Grenoble*, Grenoble. 2 avril 2011

FOUCAULT, M. *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, 1962, 104p., Collection Quadrige

Textes règlementaires

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, *Journal Officiel du 01 janvier 1986*

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel n°150 du 30 juin 1990*

Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité, dite loi Vaillant, *Journal Officiel du 28 février 2002*

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel du 05 mars 2002*

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *Journal Officiel du 22 juillet 2009*

Loi n°2011-803 du 05 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, *Journal Officiel du 06 juillet 2011*

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972

Circulaire DGS/892/MS du 9 mai 1974

Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1975

Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

Articles

MAROT DUPRE, Chantal, *Les réseaux de Santé Mentale : Figures d'une action publique territorialisée*, Mémoire, Institut d'études politiques de Lyon., 2006, 119 p.

PHILIPPE, Sandra, *La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale*, Revue française de science politique, volume 54, 2004, n°2, ISSN 0035-2950

ROELANDT, J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution*, L'Information psychiatrique, volume 86, n° 9, novembre 2010, pp.777-783

Rapports

GRUPE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE. *Restitution de la Recherche-ACTION Evaluation du CLSM de Grenoble*. Avril 2011

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. *Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*. Octobre 2011

COUTY, Édouard. *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Janvier 2009

COURS DES COMPTES. *Synthèse du Rapport public thématique : L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010*. Décembre 2011

STROHL, Hélène, LAZARUS, Antoine. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de Travail « Ville, Santé mentale, précarité et exclusion sociale »*. Février 1995

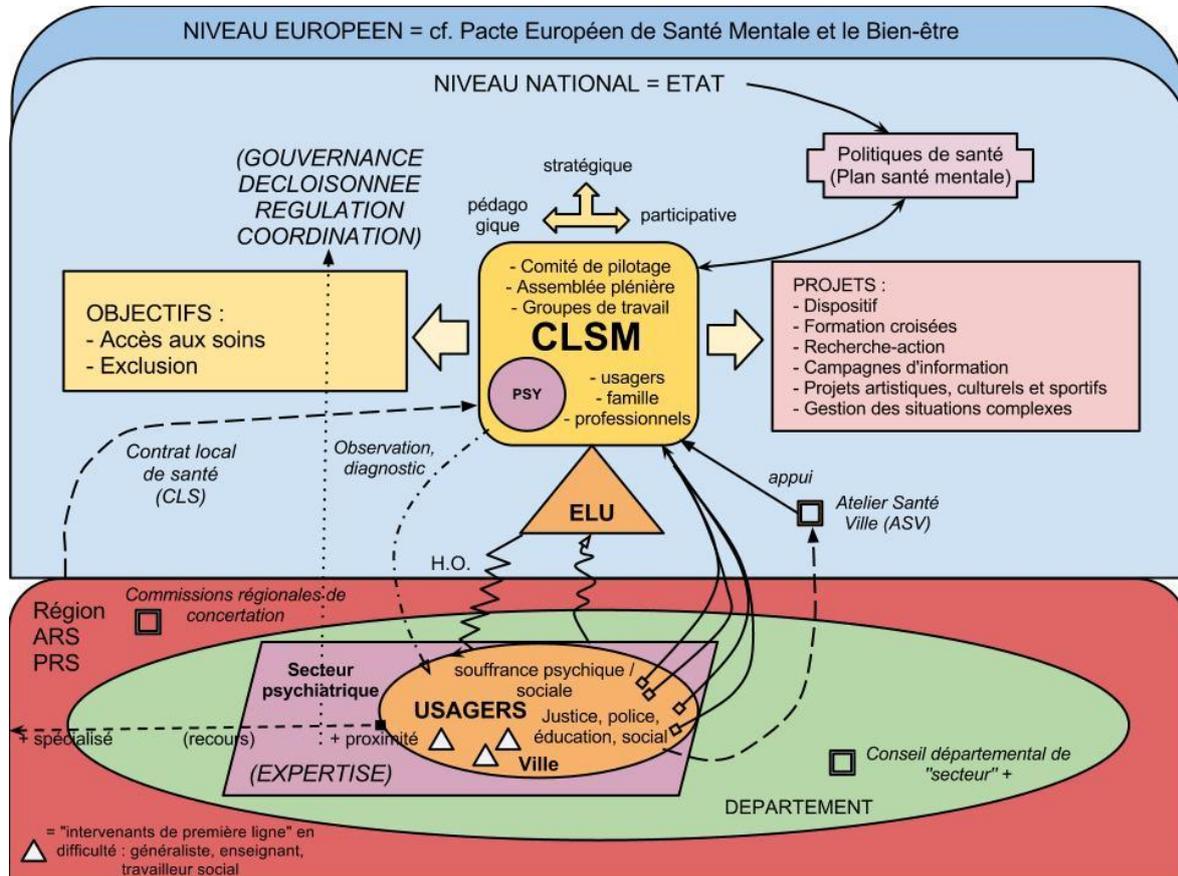
Annexe 3 : Recommandations OMS 2001-2005

RECOMMANDATIONS OMS 2001 et 2005	SITUATION EN FRANCE
Traiter les troubles au niveau des soins primaires	Pas de lien entre médecins généralistes et psychiatres, système de santé mentale et de santé primaire. <i>Seuls 20% des secteurs de psychiatrie publiques ont un lien systématique avec les généralistes.</i>
Rendre les psychotropes disponibles	Premier pays consommateur... <i>Quelques initiatives pour améliorer la détection, le diagnostic, l'adéquation de la prescription, l'information de la population...</i>
Soigner dans la communauté Mettre en place des services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité. Ces services devraient être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ils devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire mobile.	Le secteur de psychiatrie est encore trop hospitalocentré, peu installé dans les villes. Les liens avec les partenaires de la Cité ne sont pas suffisamment structurés. <i>30 % des personnels sont en extra-hospitalier et 70 % en intra-hospitalier, alors que 88% des personnes sont suivies en ambulatoire.</i> Développement des équipes mobile psychiatrie et précarité. Peu d'équipes mobiles attachées au secteurs de psychiatrie générale ou Infanto-Juvenile
Eduquer le grand public	Campagne dépression (INPES) : 600 000 guides diffusés mais résultats non communiqués. <i>Pas de système d'information publique organisé et financé.</i>
Associer les communautés, les familles et les usagers	<i>Très peu de secteurs organisent des réunions régulières avec les familles, les usagers, les élus (5 %).</i>
Offrir des services résidentiels	<i>Manque 45 000 places en hébergement et logement accompagné (estimation UNAFAM).</i>
Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national	Programmes et plans existent mais nécessité d'un suivi coordonné et interministériel.
Développer les ressources humaines	Existent mais trop majoritairement à l'hôpital, peu diversifiées, très inégalement mal réparties et avec un secteur privé tort et qui ne répond pas aux objectifs de santé publique.
Etablir des liens avec d'autres secteurs	Police, justice, logement, travail, loisirs, éducation. <i>Peu de mise en place de réseaux de santé mentale organisés avec les élus et avec une forte participation des usagers (environ 20 conseils locaux de santé mentale).</i>
Surveiller la santé mentale des communautés	A comprendre en France comme les exclus, prisonniers, migrants, adolescents difficiles qui doivent avoir une approche ciblée car ne répondent pas bien aux logiques d'habitat. Ce sont les dispositifs intersectoriels territoriaux.
Soutenir la recherche	- Mise en place de la Fédération de recherche sur la santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais qui mutualise sur des projets de recherche 39 hôpitaux. - Nécessité d'une recherche/développement en santé mentale communautaire. <i>- Pas de professeurs d'université sur le champ de la santé mentale communautaire..</i>

Source : ROELANDT, J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution, *L'Information psychiatrique*, volume 86, n° 9, novembre 2010, pp.777-783

Annexe 4 : Le CLSM, outil de coordination à la recherche d'un leadership complètement défini.

Un exemple type de CLSM piloté par un élu



Annexe 5 : Grille de questions pour les entretiens semi-dirigés

I FICHE D'IDENTITE

1) Naissance

- Pourquoi avez-vous créé un CLSM ?
- Qui a impulsé le projet ? Quels acteurs principaux pour la mise en place ?
- Combien de temps pour le mettre en place ?

2) Données et chiffres

- Nombre de personnes / d'entité participants ?
- Quel budget ? Comment est financé votre CLSM ?
- Qui l'anime ? quel profil ?
- Quel est le périmètre de votre CLSM ? Ce périmètre vous semble-t-il pertinent ?

II OBJECTIFS ET ACTIONS

1) Définition et objectifs

- Quelle est votre définition d'un conseil local en santé mentale ?
- L'utilisateur de santé mentale, qui est-ce ?
- Quelle est la raison d'être d'un CLSM ?
- Quels objectifs fixés ? Combien d'objectifs ? Quels sont les thèmes traités ?

2) Actions

- Comment travaillez-vous ?
- Combien de réunion par an ? De compte-rendus ? De groupes de réflexion ?
Lesquels ? Mise en place de cellules d'alerte ?
- Quelles sont les réalisations du CLSM ?
- Privilégiez-vous le curatif ? le préventif ?

III LIMITES ET PERSPECTIVES

1) Moyens d'évaluation de l'action ?

- Comment évaluez-vous votre CLSM ?
- Avez-vous élaboré des outils d'évaluation ?
- Avez-vous déjà évalué votre CLSM ?
- Si non, comptez-vous le faire ? Quand ?
- Communiquez-vous publiquement vos résultats ?

2) Réponses aux besoins et limites

- Les CLSM sont-ils une réponse aux besoins identifiés ? la bonne ?
- Y a-t-il un bon périmètre / dimensionnement ?
- Pourquoi après 20 ans de politique incitative en sommes-nous seulement là ?
- Dans votre CLSM : quels problèmes rencontrez-vous ? Quels besoins non traités par le CLSM ?
- Quels sont les écueils à éviter ?
- Quelles sont les retombées en termes de financement d'actions de santé, de formation, de structures de prévention, de soins ou de réhabilitation ?
- La création d'un CLSM a-t-elle un effet catalyseur de projets ?

3) Perspectives d'avenir

- Vous sentez-vous légitime au sein du CLSM ?
- Certains acteurs prennent-ils plus de place ? Pourquoi ? Comment ?
- Quelle place pour l'utilisateur ?
- Quelles évolutions prévoyez-vous ?

IV CONCLUSION

- Y a-t-il des points que nous avons oublié d'évoquer ?
- Avez-vous des documents à nous passer ?

Nous vous remercions pour le temps que vous avez bien voulu nous accorder.

Annexe 6 : Entretien de Laurent ELGHOZI, conseiller municipal de Nanterre

Interview réalisée le jeudi 10 mai, de 15 H 30 à 16 H 45.

Personnes présentes :

- Laurent Elghozi, conseiller municipal de Nanterre
- Irène
- Dorotheé
- Dino

Laurent Elghozi est actuellement en charge des relations de la ville avec l'université de Nanterre.

Auparavant, il était responsable de la santé et de la mise en œuvre du CLSM de la ville.

1 Fiche d'identité

2 Objectifs et action

3 Limite et perspectives

Retranscription de l'entretien :

Présentation des participants, et buts de l'enquête.

Il faut aller sur le site de ESPT. On a fait 5 journées d'études sur 12 ou 13. Il y en a 5 qui portent sur les questions de santé mentales.

Il faut que vous alliez retrouver les actes du colloque que nous avons fait dur la ville de Paris.

On en a fait 2 avec le CCOMS, sur la santé mentale. On en a fait 1 en décembre 2010, colloque européen, il est sur le site. Sinon, je vais vous donner les coordonnées de Aude Salamon qui est coordinatrice du site et elle vous l'enverra.

Et on en a fait 1, ou les actes ne sont pas paru, le 6 janvier sur Santé mentale et citoyenneté, je ne sis plus comment on a appelé cela.

Là les actes ne sont pas parus, vous ne risquez pas de les retrouver.

Les actes du 1^{er} n'étaient pas spécifiquement sur les CLSM, mais de pousser les élus à s'engager la dessus et d'aller voir, comment dans 7 pays européens.

Vous êtes où ?

Parce que c'est à Saint-Denis. A l'INPES., Carrefour Pleyel. Si vous passez par là, vous pouvez aller voir Aude Salamon, pour qu'elle vous donne les actes du colloque européen.

Comment au niveau d'un territoire on prend en charge les personnes qui ne vont pas bien, et comment on le fait ensemble.

Avec cette idée à laquelle je suis particulièrement attaché, qui est que si les collectivités territoriales ne sont pas particulièrement impliquées, les choses ne se passent pas.

C'est pas qu'elles ne se passent pas bien, mais c'est qu'elles ne se passent pas.

Voilà, bon. Reprenez votre questionnaire, sinon on va partir dans tous les sens.

Dino : Bon, au niveau de Nanterre, il y a eu un CLSM de crée. Qu'est-ce qui a motivé cette création ?

L. Elghozi : C'est une longue histoire, c'est un sujet qui est sur la table depuis plus de 10 ans.

Si dans votre question il y a le sous-entendu par rapport à la tuerie de Nanterre, c'est sans

rapport, si je puis dire.
La tuerie de Nanterre, ça vous dit quelque chose ?

Dino : Absolument

L. Elghozi : Moi c'est un sujet qui m'intéresse. Donc j'ai été élu chargé de la santé de 1989 à 2008. Je suis maintenant chargé des relations avec l'université.

Donc dans le cadre de mes fonctions de Maire adjoint, chargé de la santé, la question de la santé mentales est évidemment absolument centrale.

Centrale, parce qu'elle touche 1 citoyen sur 3, à un moment ou à un autre, et que elle pèse sur la vie de la cité.

Comment dire cela. Eh... ben Les gens se cassent une jambe. Bon et bien la jambe se répare, c'est un problème strictement médical

Es questions de santé mentale mettent en cause, ou en tout cas impliquent, l'ensemble des politiques locales. En tout cas, c'est pas un sujet. C'est un sujet politique. C'est fondamentalement, en terme, dans le champ de la santé. Si il y a un sujet qui est politique, c'est bien la question de la santé mentale.

D'ailleurs, une des premières interventions que j'avais faite, moi, sur ces questions de santé mentale, c'était à Lyon, en 2000.

Colloque organisé par Jean Furtos, et le titre de mon intervention que je peux vous envoyer, c'était « consoler les esprits, consolider la cité ». Le sujet c'était la souffrance psychosociale.

Et quand on parle de souffrance psychosociale, ça veut bien dire qu'il y a de la souffrance psychique, mais qu'elle a ... En tout cas, qu'elle est dans un contexte particulier, favorisant ou aggravant. Et que le contexte social il est pour partie de la responsabilité des élus locaux.

Alors si les élus locaux veulent s'occuper du bien-être de la population, on est élus pour ça, la question de la santé mentale et de la souffrance psychosociale est un élément majeur.

Ca c'est le premier élément. Le deuxième est que tous les diagnostics, dans le cadre des ateliers Santé-Ville, hier, et dans le cadre des contrats locaux de santé aujourd'hui, dans tous les diagnostics locaux, la souffrance psychosociale, je continue à l'appeler comme ça est toujours en numéro 1 ou 2.

Alors, ça ne s'appelle pas toujours comme ça.

Quelquefois les gens nous parlent de dépression, ou de difficultés à vivre, ou d'addiction. Donc de choses qui ne disent pas, bon, on a besoin de psychiatre, ils ne disent pas ça.

Parce que ça n'est pas leu métier de le dire, mais ils disent : « on va mal individuellement, parce que la société va mal dans ce quartier, ou à cet endroit, ou pour telle ou telle raison.

Donc la question encore une fois de la santé mentale est en numéro 1 ou 2 de tous les diagnostics locaux.

A partir de là, si on dit, une ville dit, on va essayer de s'impliquer, on va essayer d'améliorer les questions de santé, de réduire les inégalités, etc., etc., et bien il faut qu'on s'implique dans les questions de santé mentale.

Cela étant, ici comme ailleurs ça a été extrêmement long. Même si moi, j'avais plus de 10 ou 15 ans que je suis convaincu de ce que je viens de vous dire, avec des évolutions, bien évidemment. Globalement, j'en suis convaincu. Donc, arriver à convaincre les autres élus, arriver à convaincre le Maire, arriver à trouver la forme, c'est compliqué.

C'est long, il faut qu'il y ait les diagnostics locaux, il faut qu'il y ait la population qui le demande. Il faut qu'il y ait un psychiatre qui soit, heu... intéressé, qui ait envie de le faire.

Il faut que... Donc il y a un travail de sensibilisation, de pédagogie, de formation. Et qui est long et compliqué.

Et à titre d'information, si je puis dire, rien que cette année en 2011, j'ai du intervenir en province à plein d'endroits. Je ne sais pas, 10 ou 12 fois. Pour expliquer aux élus, aux

DASS, enfin aux ARS, maintenant. Bref, ce que c'était, à quoi ça servait, comment ça se fabriquait. Voilà comment dans...

Il y a à la fois une sensibilisation, un intérêt pour ces choses là, et puis beaucoup d'ignorance.

Les derniers qui m'ont appelé hier, c'était le Havre qui voudrait en mettre un en place et qui me dit, ...

Comment faire, à quoi ça sert ? Toutes les questions que l'ont peut se poser.

Donc, il y a émergence de cette question là dans le champ politique. Et c'est une question qui doit être traitée par les politiques, au niveau local.

C'est pas au niveau de l'ARS que ça se traite. Même si ça peut être une priorité, c'est une priorité de l'ARS. C'est évidemment pas au niveau national, mais c'est au niveau où les gens vivent, là où les gens peuvent être en relation entre eux. Là où on peut mobiliser, à la fois les psychiatres, les bailleurs sociaux, les flics ? Voilà.

Dino : Pourtant les élus n'ont pas d'obligation légale de prendre en charge cela ?

L. Elghozi : On n'a aucune obligation légale dans le champ de la santé. Mais je vais vous raconter une autre histoire alors, on n'a aucune obligation légale dans le champ de la sécurité. Même si on est officier de police judiciaire, parce que on est Maire ou adjoint, on n'a pas d'obligation. Et pourtant, quand à la suite des émeutes de Vaux en Velin on a commencé à mettre en place ce qu'aujourd'hui on appelle les contrats locaux de santé, les CLSPD, tous ces machins là. Tous les élus ont dit c'est pas nos compétences, c'est les missions régaliennes de l'État, c'est la police nationale.

Aujourd'hui, il n'y a pas une ville d'une certaine importance qui n'a pas un contrat local de santé, sans même parler de police municipale, mais un contrat local de santé.

A Nanterre, on n'a pas de police municipale, mais on a des agents de tranquillité publique, Toutes les villes d'une certaine importance, qui sont confrontées à des difficultés, heu, voilà de vie collective. On va dire ça simplement, comme ça.

Ont, se sont engagés dans un contrat local de sécurité : CLS.

Aujourd'hui, on est à l'aube de la même chose pour la santé, avec les CLS, mais qui sont les contrats locaux de santé. Et dans le champs de la santé, un des champs prioritaire, je ne reviens pas sur les diagnostics, les priorités des ARS, et sur le fait que ça a un impact sur la vie quotidienne, sur la vie sociale, donc ça a un impact sur la cité quoi.

Consolider les esprits, consolider la cité, c'était bien cette idée là que j'essayais d'exprimer. Dans les CLS, les contrats locaux de santé, l'ARS Ile de France en particulier dit : il faut qu'il y ait un volet de santé mentale, de préférence un CLSM.

Donc tout ça c'est complètement nouveau. Donc l'inscription du CLSM dans le CLS, et ça n'est pas le cas partout en France, ça date de quelques mois.

Et la décision de Claude Évin, d'essayer de trouver des financements pour les CLSM en Ile de France, dans le cadre des CLS, ça date de quelques mois.

Complètement, donc on est vraiment à l'émergence de quelque chose.

Alors, pour revenir à Nanterre, on a fait des diagnostics locaux dans le cadre des ateliers santé-ville de la politique de la ville, qui on mis en évidence cette nécessité.

On a mis en place des, il y a plus de 10 ans maintenant des groupes de parole, un groupe santé mentale, dans un quartier, le Petit Nanterre, qui est un quartier qui est le plus en difficultés, on va dire.

C'est le premier diagnostic qu'on a fait en 1998, pas encore dans le cadre des ASV, puisque les ASV datent de 2000, mais le premier diagnostic participatif que l'on a fait dans le cadre de la politique de la ville, des zones urbaines sensibles.

C'est le Petit Nanterre, une des priorité c'était la souffrance psychosociale, les addictions, les troubles du comportement des enfants, ben bref, tout ce qui tourne autour de cette question là.

On voit bien, je le précise que l'on n'est pas dans la maladie psychiatrique. On est bien en amont, bien autour ou bien au delà, je ne sais pas comment on peut le dire.

Mais en tout cas c'est un champ plus vaste que la maladie psychiatrique, étiquetée, diagnostiquée.

En tout cas, on a mis en place un groupe de parole qui a duré, je ne sais pas, pas loin d'une dizaine d'année, avec les associations, les psychiatres, pour essayer de donner, d'améliorer la connaissance sur le système. Sur les pathologies, sur les recours... et finalement, de rassurer la population, sur les questions de santé mentales.

Comment on fait, comment ça se traite, à qui on s'adresse ?

Après cela on a mis en place une consultation dans les centres de santé.

Une consultation municipale de psycho traumatologie, ou finalement on n'était pas dans la substitution car les secteurs de psychiatrie ont rarement la possibilité d'avoir une consultation dédiée, ou un psychiatre dédié à cet aspect là.

Mais ça nous a paru important dans une ville où il y a quand même des gens qui ne vont pas très bien, on a ...

Tout ça c'est encore une fois des constructions progressives pour faire en sorte que la santé mentale ne soit pas tabou, ne soit pas renvoyée à l'hôpital, mais soit avec cette idée,... et bien voilà de psychiatrie citoyenne quoi.

Après cela, on a fait l'enquête santé mentale en population générale « Image et réalité », ça vous dit quelque chose, non ?

Grosse enquête, menée par le CCOMS pour la santé mentale de Lille, donc Jean-Luc Roelland. Sur aujourd'hui, je ne sais pas, ils en sont à une bonne cinquantaine de sites.

C'est à dire plus de 50000 personnes, en France et à l'étranger.

Et avec une méthodologie particulière, validée, qui permet d'avoir des éléments objectifs si on peut dire sur la réalité de la maladie mentale sur un territoire, en interrogeant 1000 personnes représentatives, fait par les étudiants des IFSI.

Donc à la fois sur une réalité et des représentations. Comment les gens, qu'est-ce que les gens pensent de la folie, qu'est-ce que la dépression ?

L'intérêt de cette enquête, il est au moins double. Le premier, c'est d'avoir cette image et de pouvoir comparer sur une quantité impressionnante de questionnaires, fait tous de la même façon. Et voilà.

Le deuxième intérêt est que ça permet de mobiliser un territoire, une ville, autour des questions de santé mentales. D'en parler et de éventuellement de restituer les résultats publiquement, de faire en sorte encore une fois que les questions de santé mentales ne soient plus tabous, mais fasse partie...qu'on puisse en parler.

Si on dit un jour ou l'autre, un français sur 3, pas français d'ailleurs, sera confronté à la dépression, du coup, ceux qui se sentent déprimés peuvent peut être en parler plus facilement.

Simplement, cette idée de déstigmatisation, de banalisation des questions de santé mentales, encore une fois de la souffrance psychosociale, jusqu'à la psychiatrie lourde.

Et puis on a travaillé puisque mon troisième mandat de 2001, j'étais aussi chargé du handicap, donc on a aussi dans ce cadre là travaillé sur la question du handicap psychique.

Encore un autre volet de la santé mentale, mis qui est globalement dans le champs de la santé mentale, même s'il est, ... enfin il ne faut pas tout mélanger, mais globalement ça permet encore une fois d'en parler non seulement avec les élus, les décideurs locaux, les services, mais également avec la population.

On peut en parler comme on parle de diabète ou de n'importe quoi.

Et donc c'est progressivement que c'est..., en plus, moi je suis chirurgien à l'hôpital, donc j'ai de bonnes relations avec le psychiatre, le chef, le responsable du secteur, Michel A.....

Donc, on avait la volonté l'un et l'autre d'aboutir à un contrat local, à un CLSM, qui finalement a été mis en place en 2008, juste après les élections, et avec à la fois des objectifs, comme dans toutes les villes, généraux, grosso modo d'améliorer la vie des

malades psychiques dans la cité, pour être très très généraliste, mais aussi d'améliorer la cité, le voisinage, dans ses relations avec les malades psychiques et dans les troubles de voisinages que peuvent provoquer les malades psychiques. On est bien dans une idée, tout le monde y gagne.

C'est pas seulement un service que la ville va offrir en substitution au secteur pour certains patients, certains citoyens, mais c'est bien, vivre ensemble, faire en sorte que les gens, les malades psy souffrent moins.

Entre les 2, on avait mis en place un GEM. Donc là encore, c'est un travail avec des associations, avec unes assoc porteuse, c'est la ville qui met à disposition un appartement au RDC, c'est les malades psy sont dans la cité, comme tout le monde.

Avec un certain nombre d'action de stigmatisation ou de banalisation.

Et ça a mis 5, 6, 7 ans. C'est long.

Souvent, ça va plus vite, et maintenant ça va plus vite. D'une part parce que ça existe dans au moins 60 villes qui ont mis en place, ou sont en train de mettre en place un CLSM partout en France, que le secrétariat général du comité interministériel des villes a missionné le CCOMS pour développer les CLSM, avec pour mission d'en développer 45 en 3 ans, je crois.

Donc la 1^{ère} chargée de mission c'était Pauline Rhenter, et la nouvelle depuis moins d'un an c'est Pauline Guezennec, au CCOMS de Lille.

C'est quelque chose qui se construit de manière relativement récente.

P. Rhenters, elle est allée partout en France, pour expliquer aux élus, ce que moi je faisais comme élu, elle le faisait en tant que chargée de mission CCOMS-Politique de la ville.

Souvent on le faisait ensemble, d'ailleurs.

Donc, aujourd'hui il y a un cadre, même si il n'y a pas de véritable cadre défini, et c'est une des questions.

Il y a des expériences, il y a un certain nombre de villes qui sont engagées.

Ailleurs, ça s'est fait plus vite, et quand ça se fait plus vite c'est la plupart du temps à partir d'un épisode aigue, dramatique, je ne sais pas, un assassinat, une situation inextricable. Et très souvent, les villes s'engagent à partir d'une situation difficile.

C'est les situations d'incurie, c'est les gens qui sont en rupture de traitement qui empoisonnent la vie de tout l'immeuble, voire du quartier.

C'est à ce moment là, on a 2 possibilités.

Soit on se renvoie la balle et on se dit, c'est l'affaire de la police ; ou du psychiatre, c'est l'affaire du bailleur, c'est l'affaire de la ville. Et on n'en sort pas. Soit on se dit, c'est l'affaire de tous, parce que c'est un problème, encore une fois de...vie collective.

Et le responsable de la vie collective, c'est pas le psychiatre, c'est pas le flic, c'est pas le Préfet, c'est le maire.

Et donc le Maire prend la responsabilité de dire au psy, au travailleur sociaux et aux bailleurs, voilà, il y a M. Machin ou Mme Truc qui ne va pas bien, qui empoisonne la vie.

Comment on fait ensemble.

A partir de ce qu'on appelle une cellule de crise, on trouve un peu plus de solutions quand on est tous autour de la table, que quand on joue au pingpong.

En général les choses s'améliorent. Je peux vous citer 3 ou 4 exemples.

Du coup, ça donne envie de continuer à travailler ensemble. Donc cellule de crise, cellule de suivi. Car les choses ne sont jamais réglées une fois pour toutes.

Cellule d'alerte, parce que il y en a d'autres qui sont en gestation et qu'il vaut mieux intervenir avant.

Et puis CLSM. Voilà, c'est à partir d'un besoin on dit on a tout essayé, chacun a tout essayé et tout ça plante. Essayons de faire autrement.

Comme ça marche autrement, et bien voilà. Et dans le CLSM, il y a une cellule opérationnelle, ou il y a les professionnels qui sont alertes, suivent les crises.

En tout cas, si il y a alerte, il ne doit pas y avoir crise. La crise c'est l'échec des 2

précédent. En tout cas on W ensemble sur les situations difficiles, et puis il y a réunion plénière où il y a tout le monde et où on peut déterminer les priorités, les axes de W, les actions à mettre en place dans le cadre de la semaine d'information de la santé mentale...
Où l'on fait beaucoup plus de la politique générale. Il ne faut pas mélanger les 2. C'est pas en séance plénière qu'on va parler de la situation de Mme Machin. Évidemment, et voilà.

Dino : j'ai une question sur la psychiatrie. J'ai l'impression que ce que vous relatez est franchement orienté vers une prise en charge utile de la psychiatrie. Mais dans des lectures que j'ai vu, il y a des psychiatres qui estiment que des situations de souffrances sociales, qui conduisent à des états ne nécessitant pas de PEC psy.
On est là dans une autre réponse de logement, de formation, scolaire ... ?

L. Elghozi : Oui, mais ces situations sociales ayant un impact sur la santé mentale. C'est de ça dont on parle.

Comment ça se passe d'habitudes, ils vont au CCAS, ils vont dans des associations, ils vont auprès de travailleurs sociaux qui sont totalement incompétent, c'est pas leur métier. Ils sont capables de les aider à avoir des droits à la CMU, mais incompétent pour savoir ce qui se passe dans leur tête, analyser si on est dans la pathologie mentale, si on est simplement dans la détresse, si on est dans la souffrance mentale. C'est pas leur métier, ils ne savent pas.

Et une des actions que peut proposer un CLSM, quand les choses se passent bien entre psychiatre et ville, y compris les W sociaux de la ville. C'est précisément, comment les psychiatres viennent expliquer ça aux W sociaux, comment les W sociaux.

Un usager, un citoyen, dont ils ne savent pas si simplement en ouvrant les droits à la CMU ça va aller mieux, ou si vraiment il y a autre chose.

Il y a vraiment besoin de ce travail là. Et comment on fait, avant le CLSM, ça fait aussi partie des antécédents ou des racines, dans le cadre du PDI programme Dpt d'insertion, donc avant le RSA, je faisais partie de la CLI, et des responsabilités associatives.

On avait développé beaucoup d'actions santé, à partir d'une conviction que chez 30 ou 40% des bénéficiaires du RMI, il y a un état de santé qui empêche toute insertion professionnelle, voire toute insertion sociale. Ça n'est pas la peine de les mettre en formation, leur mettre des injonctions à la noix, si ils ne vont pas bien, ils ne vont pas bien.

C'est des questions de santé mentales, de pathologie psychiques, physiques. J'ai vu des handicapés qu'on mettait en formation de cariste, ou des trucs complètement imbéciles.

Simplement, parce que il n'y avait pas de regard sanitaire, il n'y avait pas de bilan médical avant d'orienter les bénéficiaires du RMI vers telle ou telle formation.

Alors, on va d'échec en échec et on recommence avec un grand nombre.

Donc, dans le PDI jusque dans les années 2005-6, dans les Hauts-de-Seine, il y avait un très gros volet santé.

Le conseil général qui a repris les choses en main a considéré que la santé c'était pas son truc, que c'était pas sa responsabilité a progressivement en partie supprimé.

Il y avait un soutien psy pour les travailleurs sociaux d'insertion qui se trouvaient confrontés à des choses qu'ils ne connaissent pas quoi.

Et puis, c'est pas à eux de le connaître, c'est pas à eux de le traiter.

Simplement, ils ont besoin d'avoir un recours facile vers les professionnels de la santé mentale.

Donc soutien psy, ou recours facilité des W sociaux en direction des pros de la santé mentale. Ça fait partie des actions qu'un CLSM peut initier, proposer. Et de mon point de vue, c'est indispensable. Les W sociaux sont confrontés à ces difficultés et n'ont pas les outils pour les résoudre.

Comment on fait ? On W ensemble. C'est vraiment la logique CLSM. Chacun dans le respect de ses compétences, ses prérogatives, du respect du secret médical, pro ou tout ce

qu'on veut.

Sans faire à la place des autres, mais au contraire en faisant avec les autres, chacun ce qu'il sait faire et pas au delà. Voilà, c'est extrêmement simple sur le papier.

Irène : Justement, en partant de ce que vous dites, on s'est posé beaucoup de questions à propos de la coordination entre les différents acteurs, parce que l'échelle d'action de ces différents acteurs, n'est pas le même territoire. Par exemple, vous avez cité le RMI. Maintenant, avec le RTSA qui est de la compétence du Dpt, comment la municipalité va coordonner les différents acteurs ?

Est-ce qu'il y a délégation de compétence ?

Est-ce qu'il y a une entente, je voudrais savoir comment ça se passe concrètement ?

L. Elghozi : Bon. Il n'y a pas de situations types. Nanterre, par exemple on a la chance que le territoire du secteur, c'est le même, c'est le territoire de la ville. C'est simple.

C'est évidemment assez rare. Parce que ça concerne que les villes qui ont entre 70 et 80000 habitants. Quand il y a des entités qui atteignent 40 communes, évidemment, il faut que ça soit délégué à l'intercom. Ca, c'est une 1 ère question, celle que vous posiez, celle du territoire.

Alors, déjà le territoire communal ou intercommunal, il faut qu'il coïncide le plus possible avec le secteur.

Je vois pour le territoire de Lille, ils mettent en place des CLSM, c'est hyper compliqué quoi. Alors il faut qu'il y ait un élu qui porte.

Ce que nous disons, le Maire, ou le Pdt de l'intercom, bref les élus locaux ont un pouvoir de convocation du Maire.

Le seul qui peut mettre autour de la table tous les acteurs c'est le Maire.

Ca n'est pas le Préfet, pas le Pdt du CG, pas le commissaire de police, pas le juge d'instruction, pas le psychiatre. Ils n'ont pas ce pouvoir de convocation, d'invitation, le seul qui à cette légitimité là c'est le Maire.

Donc il faut que ça soit lui. Il est responsable du bien-être, de la cohésion sociale de toute la population, pas seulement de ceux qui vont bien, mais aussi de ceux qui ne vont pas bien, des troubles occasionnés par ceux qui vont mal. Il est responsable de tout ça.

Même si il n'est pas responsable de la santé.

Et donc, il a une vraie responsabilité, un vrai pouvoir de faire cela.

Cela étant, il y a le CG. Imaginez bien que Nanterre et le Conseil Général des Haut-de-Seine, c'est pas vraiment facile.

Mais prenons un autre champ qui est celui de la réussite éducative, donc autre politique dans le cadre de la politique de la ville, ou on est obligé, ou c'est la ville qui est moteur, avec le ministère de la ville. Enfin le LGCIV, mais évidemment, comme on parle des gamins qui sont à l'école, qui sont éventuellement relevant de la PMI, donc du CG pour ce qui est de la santé, ou qui sont en collège, ou qui relèvent de la Prévention spé, donc responsabilité CG, on voit bien que on peut pas faire, même une ville comme Nanterre peut pas faire sans le CG.

Et donc, on a c'était dans les années...quand «est-ce que ça c'est mis en place ça, c'était dans les années 2004, grosso modo.

On a travaillé pendant plus d'un an avec le Sce social. Dans les Hauts-de-Seine ils ont un service social territorialisé avec des circonscriptions et un responsable qui est responsable de l'ensemble de la prévention et de la vie sociale, c'est territorialisé.

Évidemment, ça ne recouvre pas entièrement la ville de Nanterre. Ca serait trop beau.

N'empêche qu'on a travaillé pour élaborer une charte de travail en commun.

Qu'est-ce qu'on peut se dire ?

Qu'est-ce qu'on attend les uns des autres, qui peut faire quoi ?

Quelles sont les règles qu'on se donne pour fonctionner ensemble.

Cette règle a été ensuite utilisée par le Dpt pour autre chose. C'est la même chose.

Donc il faut prendre le temps.

Ca ne peut pas marcher si il n'y a pas de confiance, ça ne peut pas marcher que si chacun a le sentiment que c'est gagnant-gagnant. Qu'il va y trouver des bénéfiques, que ça va aider ses salariés, soit à l'insertion si on est dans ce champ, bref, ça va améliorer la vie.

Que les bailleurs sociaux vont avoir plus de tranquillité dans les immeubles, bref, si tout le monde n'est pas convaincu qu'il y gagne et que ce qu'il apporte va être payé en retour, ça ne marche pas.

Il faut de temps. Se mettre d'accord sur qui signale, il y a toute une série de questions, comment on fonctionne ensemble quoi. En sachant que l'on parle de territoires différents, de culture différente, de positionnements idéologiques différents.

Mais, avec ces histoires de. Encore une fois, ça me navre de faire la comparaison avec la prévention de la délinquance.

Même si les mécanismes sont les mêmes, ça n'est pas la même chose. Et encore que, on peut être délinquant parce que on ne va pas bien. Mais.

Tout le monde a une épine dans le pied. Quand on a une épine dans le pied, on ne peut pas se l'enlever tout seul quoi.

C'est ça qu'il faut essayer de faire comprendre à chacun, voilà quoi. Les troubles de voisinages dans un immeuble, on peut les traiter en expulsant et puis après ...

On peut appeler la police 10 ou 20 fois de suite, les habitants peuvent faire des pétitions et ils les apportent au Maire, qui renvoie au bailleur, qui renvoie à la police, qui renvoie à la ville. Et après.

Donc c'est ça l'idée. Et il y a suffisamment d'exemple très concrets, pratique, qui est complètement éclairants.

Dino : Vous auriez un exemple comme ça précis, une situation ?

L. Elghozi : Oui oui, dans cette tout là, non on ne la voit pas d'ici. Heu heu.

Un bonhomme de 35 ans qui était malade, qui était suivi en psy et qui ne l'était plus pour différentes raisons et qui était de surcroit, il usait de produits psycho actif et qui foutait le bazar. Parce qu'il n'était pas soigné, parce qu'il n'allait pas bien et foutre le bazar, c'est des crises, des dégradations d'immeuble, la télé qui passe par la fenêtre. J'ai failli la recevoir sur la tête une fois, je sais de quoi je parle. Des choses qui rendent la vie impossible pour tout l'immeuble, voire pour tout le quartier.

Et on ne parle que de ça. Il y a une capacité d'envahissement de la vie publique et de la vie psychique. Y compris dans les Sce municipaux. Quand on en parlait, c'était tout de suite l'enfer.

Alors que c'était qu'un bonhomme, qui n'allait pas bien, qui n'était pas suivi.

25 ou 30 plaintes ou main courantes au commissariat qui en avait raz le bol évidemment. Qui venaient. Chaque fois qu'ils venaient, le gars il se tenait tranquille. On peut être malade et pas complètement débile.

La police repartait ou le gars ne répondait pas.

Ca a duré pendant 1 an. Il y a eu tellement de plainte, le bailleur demande l'expulsion, ça passe au tribunal.

L'expulsion est prononcée en plein de mois de juillet, donc, personne ne s'en occupe, y compris les services de la ville.

Troubles d'usage répétés, violences, insultes...menaces, tout ce que vous voulez, bon.

Et en plein mois d'aout, le commissaire m'appelle. Il se trouve que j'étais là : « voilà, je suis embêté, il fait que j'expulse M. Machin. »

Ah M. Machin, oui l'envahissement... Pourtant dans une ville comme Nanterre des M. Machin, il y en a 5, 10, pas plus.

Donc le truc totalement gérable si on s'en occupe. Et il me dit ça m'embête de l'expulser

car je sais que c'est un malade psychiatrique quoi.

Je dis oui, c'est un malade psy. Étant moi dans un contact facile avec les psychiatres, j'ai accès à son dossier plus facilement, mais c'est aussi le rôle d'un CLSM de faire ces relations qu'il a été dans du bilatéral et de l'interpersonnel.

Je dis qu'il ne faut pas l'expulser. Donc il décide sur ma bonne foi de ne pas l'expulser, mais on se réunit la semaine prochaine avec les psychiatres, les bailleurs, le W social du quartier, enfin le CCAS, et vous.

Et puis on voit ce qu'on peut faire. On se réunit comme promis, on décide en cellule de crise que l'expulsion c'est la pire des choses, après ça il devient un sdf. Trouver un appartement quand on sort de l'hôpital psy ou de la rue, ça peut être des années de galères. On ne l'expulse pas et on décide qu'il faut faire une hospitalisation sous contrainte.

On fait ça en prévenant le bailleur, c'est à dire que là la question du secret médical, il faut en sortir parce que c'est l'intérêt du patient. Enfin de mon point de vue, le secret ne peut pas être opposé à l'intérêt du patient.

Il est hospitalisé et au bout de 3 semaines, les psychiatres me disent qu'il va beaucoup mieux, il est stabilisé. Il est traité, il faut qu'il rentre chez lui.

Alors, comment on fait ? Comment on revoie chez lui cet individu qui est abominable pour tout l'immeuble, qui est détesté, qui fait peur à tout le monde. Que les mamans n'osent pas rentrer avec les enfants.

Et bien, on fait une réunion avec le bailleur, le gardien d'immeuble et puis les habitants qui veulent venir.

Quasiment aucun habitant n'est venu. On fait la réunion, on leur dit pourquoi. M. Machin va revenir chez lui, expliqué.

Donné au bailleur les coordonnées du psychiatre, de la police, qui s'engagent à intervenir. Il est rentré chez lui. Et bien les gens l'ont regardé de travers pendant un certain temps, mais se sont rendu compte qu'il était, non pas un malade guéri, mais un malade traité. Et puis les choses sont rentées dans l'ordre.

Et quelques mois après, à nouveau rupture de traitement. Il a commencé à ne pas aller bien. Il a recommencé à en gros insulter les gens pour être simple.

A ce moment là, c'est le bailleur qui nous a prévenu, c'est nous qui avons prévenu les psychiatres qui sont allés le voir.

Il a plus ou moins accepté de reprendre des soins. Il a été de nouveau en traitement, et là on était à nouveau en prévention.

On aurait rien fait, on commençait exactement la même chose.

Et la deuxième fois, le bailleur l'aurait expulsé, le commissaire n'aurait pas été le même, ne m'aurait pas appelé, n'aurait pas été là. Voilà.

A ce moment là il était expulsé et on avait un malade mental dans la rue, non traité. Il y en a quelques milliers.

Voilà un exemple.

Ca, c'était avant la création du CLSM, mais ça a permis de faire comprendre aux autres acteurs, je pense à mon collègue maire-adjoint chargé de l'habitat de la tranquillité publique que peut-être c'était mieux comme ça

Et que si c'était mieux comme ça, si en tant que Maire-adjoint chargé de la tranquillité publique il était gagnant par ce type de fonctionnement, aussi parce que ça simplifiait les relations entre habitants et que du coup son intérêt c'était de mettre à disposition du secteur de psychiatrie des appartements relativement rapidement pour les malades qui sortent de l'hôpital et qui n'ont pas de logement.

Là on est gagnant-gagnant. Il y a 4 ou 5 appartements mis à disposition par la ville, pour le secteur.

J'ai appris par le responsable de l'APEI, hier, qu'il y avait un accord qui était en train de se faire pour la mise à disposition, dans le cadre des GEM, entre les communes et le secteur psy, pour les usagers.

Ca ne peut pas se faire, si on ne se rencontre pas.

Et le CLSM c'est le lieu où on peut se rencontrer avec un minimum de règles.

Irène : Si le CLSM facilite une prise en charge, mais que ses modes de fonctionnement sont très différents selon les lieux et les problématiques rencontrés, ... comment vous voyez l'arrivée de l'ARS qui est chargée de coordonner

L. Elghozi : On a eu... c'était où ? Où est-ce qu'on en a parlé, ah...c'est à notre journée où on avait fait intervenir Laurence Rambaut, directeur de la santé publique d'Ile de France.

Il y a un certain nombre de demande de l'ARS et en particulier, comment on labellise des structures très diverses. Quel cahier des charges. A la suite de cette journée, on a fait un cahier des charges que je vais vous sortir, pour dire qu'il fallait qu'il soit suffisamment souple pour s'adapter à toutes les situations. Les histoires ne sont pas les mêmes, les populations ne sont pas les mêmes, les psychiatres ne sont pas les mêmes.

Il faut avoir un cahier des charges qui soit assez souple pour s'adapter à toutes les situations. Après ça c'est à l'ARS de dire oui ça rentre dans le cadre, ça ne rentre pas dans le cadre.

Ce qui est sûr que l'ARS est convaincue que c'est un bon outil. L'ARS, c'est une administration, donc voudrait que les choses soient les plus cadrées possibles.

Nous on est des acteurs de terrain pragmatiques, on voudrait qu'elle soit le plus souple possible, pour arriver à un compromis.

Dino : Et les usagers par rapport à cela ?

L. Elghozi : Nous on considère que les usagers font partie du CLSM. C'est dans le cadre d'une formation sur les pairs aidants ou de la FNAPSY, l'idée c'est que il faut donner aux usagers le minimum de formation et d'accompagnement pour qu'ils puissent représenter les usagers et ne pas être là pour dire moi quand j'ai du être pris en charge, ça s'est bien passé, où ça s'est mal passé. C'est difficile quoi. Mais on a de plus en plus d'association d'usagers, il n'y en avait pas il y a quelques années, de + en + d'usagers de la psy qui font la preuve que quand ils sont stabilisés et traités, ils sont parfaitement capables d'être autour de cette table et de discuter avec nous.

Alors, ce n'est pas si simple, la maladie psy par définition elle est évolutive et par moment ça va bien et à d'autres moments pas bien.

Mais il faut engager cette responsabilité des usagers. Nous dans le CLSM, on a mis les responsables du GEM.

C'est une responsabilité, ça renforce leur visibilité dans la ville, ça me paraît être de bons interlocuteurs. Même si c'est pas toujours facile. Encore une X, l'implication des usagers, c'est vraiment indispensable.

Je pense à une chose, Marianne Auffret, qui est maire adjoint responsable de la santé dans le 14^{ème} de Paris. Sur ces questions de CLSM et de santé mentale, elle a réussi à monter une formation pour ses collègues élus des autres secteurs.

Dans cette formation qui a été montée par Hautcariat, à St Anne. Hautcariat, c'est la responsable de la Maison des usagers de St Anne, (personne ressource extrêmement précieuse). Donc bref, elle a monté cette formation. Dans cette réunion, il y avait 2 usagers de la psy qui ont raconté comment ça se passait bien. Quand ça se passait mal, l'intérêt pour eux qu'il y ait une collaboration étroite entre leurs soignants, leurs W sociaux, leurs bailleurs, la ville. C'était passionnant, au mois de janvier. Même pour moi, c'était instructif, riche, intéressant quoi.

Les usagers oui bien sûr. Et pas seulement les familles d'usagers. On travaille aussi beaucoup avec l'UNAFAM, l'APEI, mais pas seulement les familles.

Dans le cadre de la formation des père aidants, mis en place, là encore par les gens de

Lille, même si c'est difficile, c'est quelquefois aléatoire, et même si ça fait hurler quelques psychiatres, moi je suis convaincu que les usagers de la psychiatrie ont quelques choses à dire aux autres usagers, aux psychiatres, au W sociaux et à la société en général.

Irène : Est-ce que les CLSM c'est spécifique, vous avez parlé d'une journée européenne ?

L. Elghozi : Ce qui est intéressant, c'est que dans cette journée, il y avait 7 ou 8 pays représentés, Grèce, Italie, pays du Nord...

Une des conclusions c'est que les élus et les psy ont tout intérêt à travailler ensemble.

Les contextes sont différents, les responsabilités des collectivités, l'organisation de la psy sont complètement différents dans tous ces pays.

Et tous ont dit, on avait intervenir systématiquement 1 psy et un élu.

Ils ont tous dit, on a intérêt à travailler ensemble, et quand on travaille ensemble, ça marche mieux.

Alors, ça ne s'appelle pas CLSM, mais ce qui est sur c'est que cette idée de psychiatrie citoyenne, dont le CLSM est un des outils. Enfin assez largement diffusé. Il y a au Canada en octobre un gros colloque, ou je dois aller sur psychiatrie citoyenne, qui reprend cette idée là. Et les fous on droit de cite quoi. Et le CLSM, c'est la concrétisation que la ville s'y intéresse. Ce n'est pas simplement l'affaire des psychiatres, pas simplement l'affaire des hôpitaux, c'est l'affaire de tout le monde.

La ville dit, moi Maire, avec les psychiatres, j'essaie de faire en sorte que votre situation soit aussi citoyenne que possible.

Dorothee : par rapport au CLSM de Nanterre, est-ce que des priorités ont été données pour les actions du CLSM ?

L. Elghozi : Je ne peux pas vous dire, parce que je n'y suis plus. Mais les priorités c'est les questions de logements, c'est la prévention.

Troisième priorité, ce qu'on pourrait appeler l'empowerment, faire en sorte que les habitants soient moins démunis par rapport aux questions de santé mentale.

En gros, c'est les 3 axes. On avait déjà plein d'actions dans le champ de la santé mentale.

Je parlais tout à l'heure du contrat local de sécurité, dont j'étais coresponsable quand on l'a élaboré fin des années 90. Sur 54 actions, il y en avait 16 qui étaient autour des questions de santé mentale. Avec la mise à disposition de vacation de psychologue dans les collèges, avec des travaux avec les CSST, sur la question des toxicomanies, avec le W psychiatrie-W sociaux d'insertion....

Tout ça c'est loin de la sécurité, mais moi je suis convaincu que ça fait partie en tous cas de la prévention, sinon de la sécurité.

Donc voilà, si on me dit, votre CLSM est complètement fou, moi je dis non, c'est la société qui est complètement folle.

Irène : On a parlé d'inclusion de personnes handicapées de droit commun. Est-ce que le CLSM c'est un début d'inclusion ?

L. Elghozi : C'est un début. Il y a une autre action qui est menée par le CLSM, c'est faire participer et en lien.

Par exemple, le CLSM de Brest, je crois qu'il y a 5 adjoints qui y participant : jeunesse, santé, sécurité...

Ils y participant activement. Du coup il y a tous ces services qui y sont.

Le Havre, celui qui m'a appelé tout à l'heure, ça n'est pas celui chargé de la santé, c'est celui chargé de la tranquillité publique.

C'est dans cet entrecroisement de compétences que ...

Un des secteurs et un des élu concerné, c'est effectivement le handicap. Un des objectifs que c'était donné le service handicap, parce que j'étais responsable jusqu'en 2008, et qu'il continue à porter, c'est faire participer les personnes handicapées, quelque soit le handicap et y compris le handicap psychique, la maladie mentale qui est porteuse de handicap, au moins à certains moments, et faire participer toutes les personnes handicapées au moins à l'ensemble des manifestations publiques, culturelles, festives, sportives de la ville.

Sécurité, voila un exemple d'inclusion des malades dans la cité, au delà du logement et du soins qui sont quand même la base.

Si vous n'avez pas ça, ça n'est pas la peine de me raconter d'histoire et me dire que vous faites de l'inclusion.

Une des chose qui a été compliquée dans la mise en place du CLSM, c'est que moi je disais au service habitat, si on y va, il faudra donner des logements.

Et donc, à Nanterre, il y a 3500 demandeurs de logement et. La question c'est pourquoi les fous seraient prioritaire.

Il nous est arrivé de reloger des gens qui sortaient de l'hôpital psy.

Soit on ne dit rien et ça se passe ou ça ne se passe pas ; soit il y a des gens fragiles et il faut que la collectivité ait une attention particulière sur eux

Moi je pense qu'il faut expliquer, mais ça peut se discuter. C'est pas rare qu'il y ait des réaction négatives du voisinage au moindre trouble, ou quand ils apprennent que... C'est pareil pour les sortants de prison ou les toxicomanes. De façon générale, le voisinage n'est pas tolérant.

C'est important qu'il y ait un accompagnement, et qu'il soit garanti entre guillemet.

Dino : Pour bien fonctionner, un CLSM... dans le cahier des charge du CCOMS la psychiatrie est indispensable, mais nous on tirait le parti que les CLSM, restaient relativement confidentiels à l'échelon du territoire...Est-ce que quand il est porteur de projet, avec à la clef des moyens, ou pour comme l'exemple que vous donniez de la psychiatrie, des logements pour les gens qui vont sortir de prison assurer un suivi...

L. Elghozi : Je n'ai pas dit sortir de prison, mais sortir de l'hôpital psychiatrique

Dino : on va dire les déviants. Tous les acteurs qui sont en charge de ces déviants là. Est-ce que le fait qu'il y ait des moyens qui permettent une meilleure professionnalité, est-ce que...?

L. Elghozi : Moi je pense qu'il faut que, et je crois que l'ARS en est d'accord, il faut qu'il y ait un coordonnateur. Quelqu'un qui soit la cheville ouvrière. Nous on a une psychologue plein-temps.

Qui ne s'occupe que de ça. Qui, à la fois, anime la cellule d'alerte, de crise ou de suivi. Et organise les réunions plénières, assure le suivi des actions. C'est pas forcément nous qui les faisons. Bref, il y a une personne à plein-temps.

La ville la paye, car on a encore un peu d'argent et qu'on a considéré que c'était un engagement fort de la ville.

Évidemment, toutes les villes ne peuvent pas le faire.

Moi ce que je dis à l'ARS, c'est que ce sont des moyens qui doivent être partagés entre l'hôpital (le service public de psychiatrie) et la ville. Il faut une coordinatrice ou coordinateur. Il faut quelqu'un qui fasse ça à plein temps, en sachant que c'est un coordinateur par secteur. Donc, le secteur doit dégager un demi poste. Si il peut, il veut.

Dans le champ de l'hôpital public, il y a 2 secteurs où on peut gagner de l'argent, c'est les vieux et les fous. Psychiatrie et gériatrie heu... les EHPAD, voire les structures privées de gérontopsychiatrie, ce qui est encore le must.

Si ces structures se multiplient, ça n'est pas un hasard. Ça veut dire qu'il y a des moyens possibles. Je ne dis pas que l'hôpital est riche. Mais en tout cas, la psy est moins pauvre que le MCO.

Donc dégager un demi poste, il faut y arriver. Quand Évin dit, s'est engagé à financer les CLSM, nous on est vachement intéressé car pour le moment c'est nous qui finançons. Si on récupère des sous. Il n'y a pas de raison pour que les anciens CLSM soient moins bien traités que les nouveaux.

Son idée, c'est bien on prendra les moyens sur l'hôpital. On ne peut pas dire on transfère des charges à la ville ou à l'extra hospitalier, sans y dégager des moyens. Bon voilà.

C'est facile à dire, plus difficile à faire. Mais encore une fois, cette idée gagnant-gagnant. Pour l'hôpital psy, avoir la possibilité de ne pas systématiquement hospitaliser en cas de crise, limiter le recours aux urgences, faciliter le suivi à domicile parce qu'il y a un suivi sanitaire psy, mais qu'il y a aussi un suivi social, mais aussi collectif, c'est un intérêt pour l'hôpital.

Le fait est qu'il faut former les élus, les sensibiliser à cette question là.

Il faut faire bouger les psychiatres qui sont peu enclins à partager leur pouvoir, même quand c'est une illusion de pouvoir.

Faire bouger les administrations, ce qui n'est pas le + facile.

En trois ans, les 2 pauline en ont fait émerger 45.

Ca intéresse de + en + de ville, tous les territoires, toutes les tailles, avec des modalités différentes.

Je suis convaincu qu'il faut le faire.

Dino : Nous on était aussi intéressé par l'organisation concrète, le nombre de réunions, est-ce qu'il y a des réunions ... ?

L. Elghozi : Alors, il y a la plénière, c'est 2 réunions par an pas plus.

La cellule d'alerte, c'est essentiellement à la demande, c'est en gros une fois par mois.

Ca peut-être plus si il y a une situation à traiter en semi urgence.

Il y a un groupe de W sur le logement, sur la SISM.

Voilà en gros comment cela fonctionne.

Dorothee : Il y a combien de personne à l'assemblée plénière ?

L. Elghozi : Ouh...25, 30, 25. Ben il y a 2 ou 3 psychiatres, 3 ou 4 élus, les représentants des associations, du secteur social, la police, le conseil général qui est invité, alors il vient ou pas, les usagers.

Une question qui se pose. Est-ce qu'on sépare l'infanto juvénile et psy adulte. Deux sujets compliqués. C'est pas les mêmes psychiatres. Donc nous on invite le responsable de l'inter secteur, mais il n'est pas sur le même territoire. Il a un territoire qui est plus vaste.

Il y a une maison des ados qui existe depuis 2 ans et qui est invitée.

Je ne peut pas vous dire, mais moi ma position à Nanterre c'est qu'il faut avoir un groupe spécifique ado. Les enfants c'est une autre question. C'est pas les mêmes interlocuteurs, les mêmes questions.

A Nanterre on a commencé à travailler avec le secteur adulte, même si l'inter secteur a été d'emblée associé.

Il y a des villes qui ont fait 2 commissions, infanto juvénile et adulte.

C'est pas les mêmes.

Dino : aussi une série de questions sur l'évaluation ?

L. Elghozi : Ya pas. Ya simplement le fait de se dire ensemble, on a parfois des réponses, là

où on en avait pas. Ca ne peut pas marcher si il n'y a pas de confiance, ça ne peut pas marcher que si chacun a le sentiment que c'est gagnant-gagnant. Qu'il va y trouver des bénéfiques, que ça va aider ses salariés, soit à l'insertion si on est dans ce champ, bref, ça va améliorer la vie.

Que les bailleurs sociaux vont avoir plus de tranquillité dans les immeubles, bref, si tout le monde n'est pas convaincu qu'il y gagne et que ce qu'il apporte va être payé en retour, ça ne marche pas.

On peut toujours faire des grands-messes pour le plaisir, mais encore une fois, ça fait des réunions. Et en + quand une instance ne produit plus, elle disparaît. Ou alors elle reste une coquille vide.

Si ça continue à vivre, c'est que tout le monde y trouve son intérêt.

Il n'y a pas d'enjeu de pouvoir, alors on n'y vient pas ni pour des enjeux de pouvoir, ni de représentation, ni d'enjeux de visibilité.

Voilà, on est dans une salle du 3^{ème} étage de la mairie à se poser des questions et essayer de trouver des réponses ensemble.

Il n'y a pas d'enjeu en dehors de l'intérêt d'y trouver pour sa pratique, pour ses patients ou ses citoyens qui sont les mêmes.

Il faut le Maire et le psychiatre, et le pilote c'est le maire.

Au début, par soucis de conciliation et de modestie je disais c'est le maire et le psy qui sont copilote. Non, c'est le maire qui pilote.

Si le psychiatre ne veut pas venir, évidemment, il n'y a pas.

Là, si les ARS fait pression, engage des moyens. Voilà, l'ARS a des moyens de convictions sur la psychiatrie, un petit peu.

On en parle beaucoup, le rapport de la cour des comptes, il y a des colloques. Les psy ne peuvent pas rester en dehors.

Même si il n'y a pas d'évaluation au sens épidémiologique, avec des moyens de preuves.

On ne peut pas dire que l'incidence de la schizophrénie va diminuer, non on ne peut pas dire cela. Ca c'est sûr. Par contre, les schizophrènes iront mieux et leur entourage ira mieux.

Annexe 7 : Entretien avec Maïté ARTHUR, représentante d'usagers

Interview réalisée le jeudi 10 mai, de 15 H 00 à 16 H 45.

Personnes présentes :

- Maïté Arthur, représentante des usagers
- Clément
- Anne
- Ariane

« Le COSM de Marseille a été le premier en France, d'autres se sont constitués depuis. Nous avons été les premiers à nous doter d'un Atelier Santé Ville – Santé Mentale. Nous avons le bénéfice d'avoir à la mairie une élue médecin, ainsi qu'au Conseil général, à l'exclusion et à la Solidarité, on a donc pu se comprendre les uns les autres.

La 1^{ère} réunion faite avec Mme Gonnet-Escara comptait D. Thores, Vincent Girard et moi. De cette entrevue est née une commande à l'ORS sur la santé mentale dans la ville. Cela correspondait à la situation des bailleurs sociaux, dépassés par les événements qui se déroulaient dans les logements et dans les cités. Il y avait également eu des intrusions d'usagers dans les bureaux des élus, qui ont compris qu'il fallait réagir. Cette synergie a permis de monter ce COSM.

Le COSM illustre aussi la tendance naturelle des élites à évacuer les usagers. Au début, nous étions trois : deux médecins et un usager, nous avons fait participer le GEM à l'enquête de l'ORS. Nous participions à toutes les réunions ; puis à la fin de l'année 2011, j'ai été invitée à l'assemblée plénière du COSM. C'est-à-dire que de participants nous sommes devenus invités. A la dernière réunion, je leur ai fait remarqué ça. Mais, c'est une tendance naturelle, ils sont ensemble, ils parlent le même langage, personne ne les dérange, ils ne s'en rendent même pas compte.

Il y a eu un autre accro. Dolores et moi participons à l'association ARPSYDEMIO. A sa création, il y avait deux finalités : d'une part, travailler à des enquêtes sur des populations et, d'autre part, organiser la semaine annuelle sur la santé mentale (SISME) que j'ai été la première à initier. Tous les ans, les familles boudaient l'organisation mais il y avait des médecins, des usagers. On dialoguait, on s'interpellait. Puis, en 2010, on a eu 10 minutes sur deux jours pour s'exprimer. Cela se fait de façon imperceptible, on invite tel expert qu'on a rencontré dans un colloque et un autre... C'est une véritable pyramide.

Le mouvement des usagers n'est pas encore en marche. D'une année sur l'autre, on a un renouvellement de 70% des participants à la SISME. Il n'y a pas de pérennité possible et c'est décourageant de se faire évacuer naturellement. »

Le COSM a-t-il des priorités qui ne sont pas justes ?

« Ça ne se joue pas sur ce plan là mais plutôt au niveau des résultats. Lorsqu'on ne consulte pas les principaux intéressés, on passe à côté de leurs réalités. Le COSM s'est cantonné à de petites expérimentations, rien ne se passe de manière générale. On expérimente les logements, les quartiers difficiles, les pairs aidants... mais pour faire des choses concrètes, sur le terrain, il n'y a plus d'argent.

Je suis tout à fait favorable à l'expérimentation et à la recherche. Mais il faut savoir pourquoi on le fait, est-ce par qu'on cherche une notoriété politique ou bien est-ce qu'on le fait pour le gens ?

Le COSM fonctionne par groupes de travail. Ils se sont aperçus de l'absence des usagers, alors ils sont venus nous voir. Et, il y a autre chose de terrible, c'est la balkanisation des compétences. Il y a des doublons de compétences. Actuellement, si un usager cherche un logement, il a un nombre incalculable de sources avec des critères différents à chaque fois.

On cherche un moyen de faire la jonction entre tous ces dispositifs et, également, à les unifier pour ça devienne lisible.

Combien d'usagers dans le COSM ?

« Nous étions quelques uns du GEM mais on n'était pas nombreux, on était 4. Il faut en plus trouver des usagers qui parlent, et qui ne font pas qu'écouter. On a l'impression que notre représentation c'est du décorum dans les assemblées. On finit par devenir sceptique quand on entend les discours sur l'égalité, sur l'expertise des usagers... Dans les faits, ça n'existe pas. »

Qui dirige le plus dans le COSM ?

« Les directeurs d'établissement et l'ARS. Voilà. »

Quelle est l'évolution du COSM ?

« Ce n'est pas qu'il s'évalue mal, c'est que c'est devenu un machin. Ça parle de souffrance psychique, d'usagers... mais ça ne fait que ça.

Au début, on intègre les usagers, puis on les évacue parce qu'on a tout compris. Mais, je vais y reparticiper. »

Pourquoi y a-t-il si peu de CLSM en France ?

« Parce que la folie n'intéresse pas forcément les élus. Quand on essaye de construire un ESAT à côté d'une résidence, tout le monde dit « surtout pas là ». C'est comme les incinérateurs. Il y a quand même 700 000 ou 800 000 personnes atteintes de troubles mentaux en France, vous ajoutez le père, la mère, l'oncle, le frère... ça fait du monde quand même. »

Quelles sont les retombées du COSM ?

« On voit celles de notre travail propre, de la façon dont nous nous présentons, de l'existence du GEM tel qu'il est, c'est ce que nous voyons. On nourrit indirectement le COSM car on ne veut pas qu'on oublie les troubles psychiques. On essaye donc d'être exemplaire. Notre GEM a la chance d'être aidé par la ville, par le CG. C'est le seul de la ville. Mais, c'est parce que ça demande du travail. »

Les usagers vont-ils effectuer leur retour dans le COSM ?

« C'est extraordinaire qu'on s'intéresse autant à ce qui se passe dans les pays anglo-saxons où les associations d'usager sont relativement puissantes. Mais, on ne regarde pas ce qui a permis aux usagers de gagner en puissance, sur la scène politique, sociale etc... On ne doit pas négliger qu'on gouverne pour des gens, qu'on soigne des gens. Sans ces personnes, on n'existe pas. »

Est-ce que c'est difficile d'intégrer les usagers au COSM ?

« Au début, on était plusieurs à participer. Mais certains ont été capturés, ils sont devenus médiateurs de santé ou animateurs salariés de GEM. Ils n'ont plus été disponibles.

Ça prend du temps, il faut lire les textes, il faut se former, apprendre leur langage. Mais, je comprends très bien que quand on retrouve une vie lambda, on veuille retourner dans la communauté des hommes. Ça me chagrine parce qu'on est pas très nombreux. Tous les fondateurs de GEM sont des gens qui ont milité, qui ont lu, qui ont appris mais qui n'ont personne derrière eux.

Si on avait eu la reconnaissance de ce qu'on fait, ça aurait pu en encourager d'autres parce que ça aurait été gratifiant. On nous appelle lorsqu'on a besoin de nous, et c'est tout.

Au niveau national, on est représenté par une personne (Claude Finkenstein) qui ne représente pas les usagers qui se battent. »

Les familles d'usager doivent-elles être représentées ?

« Bien sur que non. Cela correspond à une demande très sournoise de Jean Cannevas qui clame que les familles sont des usagers car, très souvent, ils consultent un psychiatre et ils peuvent parler de leurs proches qui ne sont pas capables de se représenter eux-même... Pourtant, ils n'avalent pas les pilules, les effets secondaires, les crises d'angoisse... Même s'ils consultent un psychiatre parce qu'ils sont dépressifs, parce que ça les touche et que ça leur fait mal... Mais, c'est pas la même chose. C'est une façon de tout confondre. »

Qu'est-ce qu'un usager de santé mentale ?

« C'est quelqu'un qui ne peut pas se passer de psychiatrie et des remèdes de la psychiatrie. Il a des périodes de répit mais l'épée est toujours là, c'est quelqu'un qui reste avec des vulnérabilités.

J'aime bien le terme « usager », on peut être usager de la SNCF et se déplace en voiture... On n'est pas qu'un usager, on peut être usager de la psychiatrie quand on en a besoin. »

Annexe 8 : Entretien dans le cabinet du docteur GRUNBERG, médecin généraliste à Gagny, avec les « coursiers sociaux » du Centre de ressources pour mini-réseaux de proximité en Seine-Saint-Denis

Centre de ressources pour Mini Réseau de Proximité (MRP) de Seine-Saint-Denis

Entretien, enregistré, dans le cabinet médical du Dr Grunberg, médecin généraliste à Gagny, 93220.

Participants :

- Docteur Philippe Grunberg, généraliste
- Ozgur Bilal, « coursier social »
- Sarah Berjon, coordinatrice, « coursier social »
- Dino Belkacem, élève AAH EHESP

Date vendredi 11 mai 2012, 11h45

Description du dispositif des Mini réseaux de Proximité (MRP) :

ANGREHC (Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude sur les Hépatopathie Chroniques) a été fondée en 2002.

Le constat a été dressé, que des patients qui rencontrent des moments de vulnérabilités, de crises sont susceptibles de connaître des ruptures de soins, voire des trajectoires amplifiées de dégradation psychologique et sociale.

Les médecins généralistes de l'ANGREHC, ont constaté qu'il existe « naturellement » des mini réseaux de proximité par affinité pour les patients, mais par ailleurs aussi entre les professionnels.

L'expérimentation des mini réseaux de proximité et la mise en action de coursiers sociaux, visent à activer ces ressources existantes et à les coordonner.

Conceptualisées par Mme Sibel Bilal dans les années 1980, cette méthode d'intervention sociale, basée sur l'activité de coursiers sociaux doit permettre aux patients en situation de crise (précarité, deuil, rupture affective...), d'effectuer un parcours de soins complet, organisé autour du médecin traitant. Cependant, des orientations sont effectuées vers les spécialistes compétents.

Parcours habituel du protocole de prise en charge:

1. médecin reçoit un patient à risque de ce type
2. Il téléphone au centre de ressources et contacte un coursier sanitaire et social
3. Le coursier se déplace au cabinet du généraliste : réunion pour faire le point sur problèmes rencontrés par le patient
4. Plan d'action utilisant le réseau de soignants connus du patient, ainsi que réseau de correspondant du généraliste :
 - Rétablissement de droits du patient
 - Démarches administratives
 - Demande d'invalidité
 - Accompagnement patient chez spécialiste : psychothérapie, somaticien, CMP, sécu, Logement,...

1 Fiche d'identité

Ce projet est impulsé en 2008 par l'ANGREHC, en utilisant le concept du « coursier

social ».

Il est financé par le FIQCS (Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins).

La première demande de financement auprès du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) a été déposée en 2004.

Le budget annuel est autour de 70 000 €

2 ETP, les coursiers sociaux, officient sur un territoire non sectorisé, en Seine-Saint-Denis, mais peuvent parfois déborder sur la Seine et Marne.

2 Les acteurs

Le nombre de participants du mini réseau est variable, puisqu'il est conditionné par les professionnels qui sont invités par le patient, ou par ceux qui sont concernés par la prise en charge.

Les coursiers sociaux sont le pivot du dispositif.

Ils suscitent les réunions pluri professionnelles, accompagnent les usagers dans leur démarche si nécessaire, sollicitent, relancent et pourvoient à tout ce qui leur semble utile pour la résolution des problèmes des usagers.

Ces activités se font de concert et à la demande initiale d'un professionnel de santé.

Ils sont parfois aussi sollicités par des services ou institutions directement.

Lorsque la structure était implantée dans une cité de la ville, les usagers qui posaient leurs demandes étaient orientés au préalable vers un professionnel de santé.

3 Les actions du centre de ressources pour mini réseaux

On peut noter que les activités du centre de ressources de MRP s'adressent à tous les acteurs qui officient sur le territoire :

- CH de référence
- Secteur psy
- Service logement
- Services publics
- Spécialistes somaticiens
- Association de patients
- Paramédicaux libéraux
- Familles, amis
- ...

Les coursiers sociaux et les médecins généralistes référents sont amenés à mobiliser les ressources professionnelles et matérielles disponibles, avec l'accord systématique des usagers-patients, voire leur participation personnelle au cours de réunions de RCP 2 (Réunion de Concertation Pluri professionnelle).

Les RCP ne concernent que les professionnels, alors que les RCP2 intègrent obligatoirement les usagers qui participent à la prise de décisions.

Toutes les prises en charge ne conduisent pas à des RCP. Il arrive fréquemment que des situations puissent se dénouer au premier entretien.

La « philosophie » de la mobilisation des minis réseaux est que les coursiers sociaux ne sauraient supplanter les dispositifs existants et leurs professionnels.

Leur mission est la mise en lien de tous les acteurs que le patient-usager accepte afin de parvenir à une solution de déblocage satisfaisante.

4 Perspectives de l'action

Le centre de ressources pour MRP en Seine-Saint-Denis semble correspondre à un besoin et la demande des professionnels auprès de la structure se développe progressivement.

Cependant un problème de financement existe qui fait peser des menaces sur la pérennité de l'action.

Annexe 9 : Recensement des CLSM par le CCOMS en mars 2012

Les Conseils Locaux de Santé Mentale en France

Recensement CCOMS, Mars 2012

CLSM opérationnels : 52

Agglomération d'ANNEMASSE	ARBERSLE, TARARE, AMPLEPUIS, THIZY
AUBERVILLIERS	BOURGOIN-JALLIEU
BOURG EN BRESSE	BREST
CALUIRE et CUIRE	CHAMPIGNY SUR MARNE
Communauté urbaine de CHERBOURG	CHOISY LE ROI, ORLY,VILLENEUVE LE ROI, THIAIS, VITRY-SUR-SEINE, ABLON
CLERMONT FERRAND	EVRY, COURCOURONNES
GENNEVILLIERS	GIVORS, GRIGNY
GRENOBLE	LYON 1er
LYON 4	LYON 5
LYON 7	LYON 8
LYON 9	MARSEILLE
MONS en BAROEUL, HELLEMES, RONCHIN, FACHES-THUMESNIL, LEZENNES, LESQUIN	NANTES
NANTERRE	PARIS Centre (1, 2, 3, 4)
PARIS 5	Paris 6
PARIS 9	PARIS 10
PARIS 11	PARIS 12
PARIS 14	PARIS 15
PARIS 16	PARIS 17
PARIS 18	PARIS 20
Pays PISCENOIS	Pays de REMIREMONT
REIMS	RENNES
SAINT-ETIENNE	SAINT-MALO
SAINT-GERMAIN EN LAYE, AIGREMONT, CHAMBOURCY, FOURQUEUX, LE PECQ, MAREIL-MARLY	SAINT-FONS- VENISSIEUX
SAINT-MARTIN D'HERES	STRASBOURG
TASSIN-CRAPONNE-FRANCHEVILLE	TRAPPES
VILLEFRANCHE SUR SAONE, ANSE, GLEIZE, BOIS D'OINGT, LAMURE, BELLEVILLE, BEAUJEU, MONSOLS	VILLEURBANNE

1

45, Rue du Maréchal Lyautey – Résidence Europe – F – 59370 Mons en Baroeul Tél: + 33 (0) 3.20.43.71.00
E-mail : ccoms@epsm-Lille-metropole.fr Site Web : <http://www.epsm-Lille-metropole.fr>

CLSM en cours ou en réflexion : 53

AIX LES BAINS	ALBERTVILLE
ALES (Communauté d'agglomération)	AMIENS
ARMENTIERES	AUBAGNE
AUXERRE	BONDY
BOURGES	CHALON SUR SAONE
CHAMBERY	CHANTILLY, PONTE SAINTE-MAXENCE
CHATEAUROUX	CHOLET
CLICHY LA GARENNE	CLICHY SOUS BOIS
COLMAR	DIJON
DUNKERQUE	FONTENAY-SOUS-BOIS
GENTILLY	GONESSE
GRASSE	HEM
LA ROCHELLE	LA ROCHE SUR YON
Lille	Les LILAS
LOCMINE	LONGVIC ,Chenove, Quétigny, St Apolinaire, Genlis et Neuilly les Dijon
LOMME, LAMBERSART, ST ANDRE	Pays de LUNEVILLE
Agglomération de MORLAIX	MARCQ EN BAROEUL, LA MADELEINE
MONTREUIL	MULHOUSE
NICE	PARIS 13
PERPIGNAN	PIERREFITTE, EPINAY, VILLETANEUSE
PRADES	ROUBAIX
ROUEN et SOTTEVILLE LES ROUEN	SAINT JEAN DE MAURIENNE
SCEAUX	SEVRAN
SAINT LO	SURESNES
TONNERRE	TOULOUSE
TOURCOING	TREMBLAY en FRANCE
VALENCE	

2

45, Rue du Maréchal Lyautey – Résidence Europe – F – 59370 Mons en Baroeul Tél: + 33 (0) 3.20.43.71.00
E-mail : ccoms@epsm-Lille-metropole.fr Site Web : <http://www.epsm-Lille-metropole.fr>

Annexe 10 : Fiche Résumé

Thème n°18 Animé par ISSERLIS Catherine et RIVET Sabine de la MNASM

Quelle place pour les Conseils Locaux de la Santé Mentale dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ?

BELKACEM Dino (AAH), BLED Didier (DS), BOSQUE Clément (D3S), CARIOU Anne (IASS), KERJEAN Isabelle (AAH), MONDESERT Dorothee (D3S), RALAIMIADANA Irène (DH), ROUQUETTE Ariane (D3S)

Résumé :

L'évolution des rapports sociaux et des droits des citoyens a progressivement modifié le regard porté par la société sur les personnes fragiles ou souffrant de handicaps psychiques.

Cette transformation leur concédant des droits nouveaux vise à les inscrire au centre des dispositifs censés leur venir en aide, en qualité d'acteurs à part entière.

Les Conseils locaux de Santé Mentale (CLSM), peu nombreux, sans cadre juridique affirmé, sont le plus souvent portés par la volonté des élus locaux, mais aussi par des professionnels de la psychiatrie.

Ces structures répondent souvent à des besoins dans les champs de la santé, la sécurité publique ou l'insertion dans la cité. Elles rassemblent des élus locaux, des professionnels, mais aussi des usagers et des associations représentatives.

Faute de moyens et de critères indiscutables, les CLSM ne bénéficient pas encore d'évaluations fiables et généralisées.

Les incitations publiques actuelles ont pour objectif de favoriser leur développement.

Quand elles fonctionnent bien, ces structures souples, ouvertes à la diversité des acteurs et des problématiques locales garantissent la place et la pluralité d'identité des partenaires.

Cependant, la question se pose de la nécessité ou non de généraliser les CLSM, au risque de réduire les moyens octroyés aux dispositifs existants, ou de normaliser inutilement cette approche originale de soutien aux personnes en difficultés psychosociales.

Mots clés :

CLSM, santé mentale, psychiatrie, élus, usagers, local, cohésion sociale, souffrance psychique, souffrance sociale, coordination, financement

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs