

Thomas HUPPERT  
Interne de psychiatrie

**Diplôme Interuniversitaire**  
**« Santé Mentale dans la Communauté : études et applications »**  
**Session 2013**

**Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite de  
Marseille**

**Etude qualitative sur les attentes et  
besoins des acteurs d'un Conseil Local de  
Santé Mentale du Val de Marne (94)**

## **Remerciements**

Je tiens à remercier

Le Dr Lavaud, chef de pôle du secteur 94G10, pour m'avoir proposé ce sujet et cette formation. Le semestre que j'ai passé dans son service a été un des plus formateurs pour moi.

Pauline Guezennec, chargée de mission au CCOMS, pour ses conseils, le temps consacré à encadrer mon travail. La semaine marseillaise du DIU, organisée par ses soins, restera pour moi comme pour d'autres participants inoubliable.

L'ensemble des personnes interviewés dans cette étude, de m'avoir consacré du temps malgré un emploi du temps souvent très chargé.

Le Dr Carlier, PH responsable du CAC de Choisy-le-Roi et le Dr Piernikarch, chef de pôle du secteur 91I04 pour m'avoir permis de dégager du temps de mon activité clinique pour respectivement, recueillir le matériel et rédiger mon mémoire.

Le Dr Roelandt et Aude Caria, organisateurs du DIU ainsi que l'ensemble des membres de la promo « Carrousel » pour tout ce qu'ils m'ont appris ainsi pour leur bonne humeur et leur sympathie.

## **SOMMAIRE**

<b><u>Introduction</u></b> .....	4
<b><u>Première partie : Cadre théorique</u></b> .....	5
1) <u>Historique des CLSM</u> .....	5
a. Un mouvement de transformation de la psychiatrie.....	5
b. L'approche communautaire de la santé.....	6
c. Emergence de la santé mentale comme problème social.....	6
2) <u>Présentation du secteur géographique</u> .....	8
3) <u>Historique du CLSM de Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi et Ablon</u> .....	8
<b><u>Deuxième partie : Méthodologie</u></b> .....	10
1) <u>Recueil de données</u> .....	10
a. Par entretien.....	10
b. Par observation.....	12
2) <u>Analyse</u> .....	12
<b><u>Troisième partie : Résultats</u></b> .....	13
1) <u>Problématiques locales en lien avec la santé mentale</u> .....	13
a. Des difficultés multiples rencontrées par les personnes ayant des troubles de santé mentale.....	13
b. Des difficultés dans l'aide malgré des ressources non négligeables.....	16
c. Les ressources disponibles et leurs limites.....	19
d. Améliorations souhaitées par les acteurs.....	23
2) <u>Relations entre acteurs locaux</u> .....	25
a. Des relations de travaux ponctuelles très fréquentes.....	25
b. Des partenariats formalisés rares mais efficaces.....	26
c. La place actuelle du CLSM.....	28
d. Les attentes des acteurs vis-à-vis des partenariats.....	31
e. Les modalités de travail commun envisagées.....	33
f. L'éthique, une réflexion encore peu aboutie.....	34
<b><u>Quatrième partie : Discussion</u></b> .....	37
1) <u>La population de l'étude</u> .....	37
2) <u>La notion de santé mentale</u> .....	37
3) <u>Les différents niveaux de partenariats</u> .....	38
4) <u>Une « éthique » de CLSM peu explicite</u> .....	40
<b><u>Conclusion</u></b> .....	42
<b><u>Bibliographie</u></b> .....	43
<b><u>Annexes</u></b> .....	44

## **Introduction**

En tant qu'interne de psychiatrie d'Ile de France, j'ai passé un semestre au sein du secteur 94G10, rattaché à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif et couvrant les communes de Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi et Ablon (94). Ayant un intérêt particulier pour la santé publique, le chef de service le Dr Lavaud m'a proposé de m'intéresser au Conseil Local de Santé Mentale, l'idée étant de me former à l'approche de santé communautaire sous-tendant ce dispositif innovant et de pouvoir faire, en retour, des propositions concrètes pour donner un nouvel élan aux partenariats. Cette étude est le résultat de ce travail.

## **Première partie : cadre théorique**

### **1) Historique des CLSM**

Les Conseils Locaux de Santé Mentale sont définis comme des « plateformes concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée » qui intègre « les usagers et les habitants ainsi que tous les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires » du territoire concerné (CCOMS, ESPT, 2013). Ces instruments de politique publique locale innovants sont issus de plusieurs évolutions parallèles

#### **a. Un mouvement de transformation de la psychiatrie**

La psychiatrie française a connu de profonds changements depuis la moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. En effet jusqu'à la deuxième guerre mondiale, le traitement des malades mentaux était réalisé uniquement dans des asiles qui étaient des bâtiments fermés et isolés et dont la vie quotidienne était réglée de manière stricte selon « un ordre immuable » d'où n'était pas absente la répression (isolement en cellule, contention) (Postel & Quétel, 1988). Les traitements s'apparentaient avant tout à des techniques disciplinaires d'exercice du pouvoir (Foucault, 1974).

Lors de la période d'occupation nazie, une famine due à un défaut d'approvisionnement par les autorités fit environ 40 000 morts parmi les malades internés, ce qui amena les historiens à parler de véritable stratégie d'extermination, facilitée par l'isolement (Darquenne, 1990).

A partir des années 50 un mouvement de désinstitutionnalisation, porté en France par des psychiatres militants tels que Daumezon, Bonnafé ou Paumelle, change profondément les soins psychiatriques. Ce mouvement crée une nouvelle manière de soigner à l'intérieur des institutions permettant une plus grande ouverture des hôpitaux psychiatriques et un traitement plus humain des patients. Par ailleurs l'apparition des neuroleptiques révolutionne les prises en charge permettant un apaisement rapide des symptômes (Postel & Quétel 1988). Ce mouvement aboutira après plusieurs expériences isolées comme celle du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris à la création du secteur psychiatrique par une circulaire en mars 1960 (Henckès 2005).

b. L'approche communautaire de la santé

Selon D. Jourdan (Jourdan *et al*, 2012) la santé communautaire est un mouvement apparu dans les années 70 dans le champ socio-sanitaire inspiré de sources principalement étatsuniennes et d'Amérique latine et constitue un « ensemble diversifié de pratiques d'intervention et de recherche » dont il dégage six dimensions constitutives :

- Des acteurs individuels ou organisationnels : citoyens, acteurs communautaires et associatifs, professionnels d'horizons divers
- Des valeurs clés : justice social, engagement politique, *empowerment*
- Des concepts et des théories : modèle écologique, déterminants sociaux de santé, participation, théories du changement social
- Des méthodes : modalité de l'implication de tous, partenariats
- Des finalités : amélioration de la santé et du bien-être, promotion de la santé, prévention, développement social
- Des espaces d'intervention privilégiés : populations vulnérables, cadre de vie local, accès aux soins primaires

En France l'Institut Renaudot, formé au début des années 80 par des médecins exerçant en centre de santé a joué un rôle de pivot permettant un développement et une diffusion de cette démarche auprès des acteurs du champ socio-sanitaire<sup>1</sup>. Malgré l'action de cet institut, la santé communautaire a connu un développement limité quasi exclusivement le fait d'initiatives politiques locales de municipalités dans le cadre de la politique de la ville (Jourdan *et al*, 2012).

L'approche communautaire, dont comme on l'a vu une des valeurs centrale est la participation du public aux décisions, a noué de nombreux liens avec le mouvement naissant des usagers de la psychiatrie qui a émergé dans les années 90 en France sous l'influence notamment d'organisation d'Europe du Nord (Finkelstein, 2009).

c. Emergence de la santé mentale comme problème social

---

<sup>1</sup> Voir le site de l'Institut Théophraste Renaudot : [www.institut-renaudot.fr](http://www.institut-renaudot.fr)

La notion de santé mentale fait référence selon A.Lovell (Lovell, 2005) potentiellement à trois types d'aspects : il s'agit d'abord « états ou phénomènes émotionnels et cognitifs perçus comme étant positifs, tels le bien-être, la joie, l'aspect émotionnel ou cognitif de la satisfaction avec sa vie », ensuite de « ressources psychologiques » permettant de faire face aux difficultés rencontrées dans l'existence et enfin comme « le pôle positif d'un continuum d'états psychologiques », le pôle négatif étant constitué par les maladies mentales.

La délimitation claire entre concept de « santé mentale » et « maladies mentales » est importante pour Joubert (Joubert, 2002) pour comprendre les « états intermédiaires (tensions, formes de détresse, niveaux de vulnérabilité) qui portent des souffrances et appellent des secours » et pouvoir engager des actions concrètes de prévention et de promotion de la santé.

Longtemps peu employé en France le terme s'est petit à petit imposé comme objet de politique publique grâce notamment à plusieurs rapports dont celui de Piel et Roelandt de 2001 (Piel & Roelandt, 2001). Cette évolution s'est accompagnée dans le domaine social d'une tendance croissante à définir les problèmes sociaux en termes de souffrance psychique ou psychosociale amenant les acteurs du social à s'intéresser plus particulièrement aux problèmes de santé mentale (Fassin, 2006).

*En conclusion*, les conseils locaux de santé mentale sont donc le résultat de l'émergence politique de la problématique de la santé mentale sur le terrain fertile des secteurs psychiatriques, de municipalités engagées dans des actions communautaires et d'une participation naissante d'usagers et de familles d'usagers.

Ils ne sont actuellement pas définis de manière réglementaire mais sont évoqués par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, ainsi que les Plans de Santé Mentale 2005- 2008 et 2011-2015 qui recommandent leur création. Leur fonctionnement comprend une assemblée plénière, présidé par le maire ou le président du regroupement de commune concerné ainsi qu'un comité de pilotage se réunissant régulièrement (CCOMS, 2013). Leur actions comprennent six domaines essentiels : l'observation, l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins, l'inclusion sociale, la lutte contre la stigmatisation, la promotion de la santé mentale, l'aide à la résolution des situations psycho-sociales complexes (CCOMS, 2013).

## 2) Présentation du secteur géographique

Le secteur géographique concerné par notre étude comprend quatre communes de tailles différentes : Choisy-le-Roi (43 000 habts), Orly (21 000 habts), Villeneuve-le-Roi (18 000 habts) et Ablon (5 000 habts) et correspond à un secteur de psychiatrie (94G10) rattaché à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif (94).

A l'exception d'Ablon, plus favorisée, les communes sont caractérisées par des populations jeunes et précaires, par des revenus par habitants bas et des taux de chômage élevés<sup>2</sup>.

L'offre de soins psychiatrique est constituée quasi exclusivement du secteur public (1 psychiatre libéral) constitué de plusieurs structures :

- un centre médico-psychologique (CMP)
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- un hôpital de jour (HDJ)
- un centre d'accueil et de crise (CAC)
- une unité hospitalière à Villejuif

Le secteur géographique est également caractérisé par une offre de services sociaux importante ainsi qu'un secteur associatif développé.

## 3) Historique du CLSM de Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi et Ablon (94)<sup>3</sup>

Le CLSM « Lucien Bonnafé » a été créé en 2004 et concerne les communes de Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi et Ablon (94). La préoccupation pour la problématique de santé mentale a émergé à Choisy-le-Roi après que la municipalité eut mis en place une commission chargée de la mise en réseau des acteurs sociaux au niveau local. En effet au cours des réunions les partenaires présents constitués par les différentes associations, institutions et services municipaux, ont fait part de leurs difficultés grandissantes liées à l'accompagnement des publics en souffrance psychique résultant souvent mais pas toujours de leur situation économique précaire.

Des journées de rencontres et d'échanges entre professionnels ont été mises en place afin d'améliorer la collaboration et de lancer une dynamique commune qui ont abouti à la création

---

<sup>2</sup> Données INSEE : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm>

<sup>3</sup> Ce paragraphe tient ses informations du document de synthèse adressé à la DDASS du Val de Marne en 2007 « Synthèse des travaux du Conseil de Secteur en Santé Mentale » rédigé par le Dr Lavaud ainsi que d'informations qu'il m'a transmises oralement.

en 2004 d'un Conseil de Secteur de Santé Mentale (CSSM). Ce conseil s'est scindé en deux sous-groupes pour les enfants et les adultes, seul le groupe adulte sera l'objet de cette étude. Le CSSM s'est lancé autour de quatre thématiques qui ont fait l'objet de groupes de travail : accès au soin, logement, culture et loisirs et travail.

- Le groupe « accès aux soins » : devant permettre aux acteurs non médicaux de présenter des situations leur posant problème a été suspendu après un an d'existence du fait d'une absence de participation.
- Le groupe « logement » : seul groupe encore actif aujourd'hui réunissant de multiples partenaires autour de cette thématique qui a permis la mise en route de partenariats solides. Des réunions autour de situations individuelles ont lieu régulièrement et les partenariats ont permis la création d'une résidence-accueil sur le secteur, actuellement en construction.
- Le groupe « accès aux loisirs et à la culture » : la mobilisation dans ce domaine a permis la création d'un club thérapeutique qui deviendra GEM en 2007, le Social Art Postal Club ainsi que des partenariats entre la médiathèque municipale de Choisy-le-Roi et le secteur psychiatrique.
- Le groupe « travail » : plusieurs rencontres entre acteurs ont eu lieu après la création du CSSM sur le sujet mais n'ont pu déboucher sur des réalisations concrètes et se sont arrêtées depuis plusieurs années.

Ainsi après une mobilisation initiale forte à laquelle s'est rapidement jointe l'ensemble des mairies et de nombreux acteurs locaux institutionnels et associatifs, ce qui est devenu par la suite un Conseil Local de Santé Mentale n'est actuellement pas porteur de nouveaux projets.

Devant ce constat plusieurs questions peuvent être posées : comment redynamiser et consolider un CLSM ? Comment permettre l'émergence de projets et de partenariats ? Lesquels ? Y a-t-il un terrain favorable à cette émergence ? Quels sont les obstacles ? Selon quelles modalités agir ?

Afin de répondre à ces questions, cette étude se pose pour objectif de recueillir les besoins locaux en santé mentale ainsi les propositions d'amélioration des acteurs et proposer un regard critique.

## **Deuxième partie : Méthodologie**

### **1) Recueil de données**

#### **a. Par entretien**

##### *Type d'entretien*

Nous avons réalisé des entretiens de type semi directif. Ce choix d'une méthodologie qualitative a été réalisé pour plusieurs raisons. Il nous a d'abord semblé nécessaire de pouvoir s'adapter au mieux aux différents publics que nous allions rencontrer, en effet le rôle exact de certains acteurs nous était inconnu avant de commencer cette enquête et nous anticipions que la forme « entretiens » permettrait de mieux corriger d'éventuels écueils survenant au cours de l'interaction. Ensuite le but de l'enquête était en partie d'avoir accès aux représentations des acteurs, en particulier concernant ce que peut être un partenariat. Or l'entretien est un moyen privilégié pour appréhender les univers mentaux et symboliques des acteurs qui structurent leurs pratiques (Blanchet & Gotman, 1992). Nous souhaitions également être en mesure de recueillir des contributions originales des acteurs, tant en terme de critique qu'en terme de proposition concrète de projet et d'amélioration. Enfin il nous semblait que notre population serait plus réceptive à un entretien même en partie dirigé qu'à un questionnaire qui serait jugé peu convivial et aurait pu faire l'objet de refus.

##### *Thèmes abordés*

Le guide d'entretien élaboré contient quatre parties distinctes (voir annexe 1).

- a) Problématiques en lien avec la santé mentale existant sur le territoire, les ressources des acteurs pour y faire face et des suggestions d'amélioration. Cette partie nous a servi à recueillir à fois les difficultés rencontrées par les personnes ayant des troubles de la santé mentale et celle des personnes cherchant à leur venir en aide (professionnels, proches...)
- b) Participation actuelle et/ou passée au CLSM : les attentes liées à cette participation, le type de projet réalisé ou souhaité et suggestions d'amélioration.
- c) Attentes vis-à-vis des partenaires : cette partie se propose de faire le tour des acteurs avec lesquels l'enquêté souhaitait voir se développer des partenariats. Cette partie a permis également de voir les relations de travail ponctuelles ou formalisées existantes ainsi que la vision de ce qu'est un partenariat satisfaisant par les acteurs.

- d) Les modalités concrètes de mise en place de partenariats : cette partie comprenait une question sur les conditions éthiques préalables à la mise au travail en commun ainsi que des questions sur le type de collaboration souhaité et possible pour les acteurs. A la demande du chef de service, une question plus précise l'utilité d'une cellule de résolution des situations psycho-sociales complexes de type RESAD sur le territoire a été ajoutée.

### *Réalisation concrète*

D'avril à juin 2013, 18 entretiens ont été réalisés. Les entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons logistiques à l'exception de ceux avec les membres du secteur psychiatrique, au sein duquel nous travaillions à cette période, ainsi que quatre entretiens (club de prévention, UNAFAM, police et médiathèque) pour lesquels les acteurs ont demandé spécifiquement à ce qu'ils soient en face à face. Les entretiens téléphoniques ont duré environ 45 minutes, ceux en face à face ont été un peu plus long pouvant atteindre une heure et demie au maximum (club de prévention).

### *Population*

La population était constituée d'un échantillon raisonné d'acteurs locaux dont l'action se déroule sur le secteur géographique du CLSM. Les acteurs devaient être concernés par la problématique de santé mentale dans le sens où ils pouvaient être amenés à prendre en charge des personnes ayant des troubles de la santé mentale dans le cadre professionnel ou pour les usagers et leurs familles à leur apporter un soutien ; tous les acteurs étaient donc des participants potentiels du CLSM.

Les acteurs ont été sélectionnés de manière raisonnée selon deux axes :

- la participation au CLSM : participation actuelle active, participation par le passé mais actuellement arrêtée, absence de participation actuelle et passée
- le type d'acteur : professionnel de la psychiatrie, professionnel non psychiatrique et usager ou famille d'usager.

Au final, on retrouve donc des professionnels de la psychiatrie (éducateurs, ergothérapeute, cadre supérieur de santé), des champs sanitaire (médecin généraliste, assistant social de CSAPA, directrice de centre municipal de santé), médico-social (directrice du CLIC) et social (assistante social du CCAS, responsable du PLIE, conseillère Mission Locale, responsable club de prévention, médiatrice foyer ADEF), représentants d'institutions judiciaire

(conseillère SPIP), policière (commissaire adjoint), culturelle (responsable médiathèque), d'association d'usagers (président du GEM), d'association de proches d'usagers (délégation UNAFAM 94) (voir annexe 3).

Le conseiller UDAF référent du sous-groupe logement n'a pas répondu à nos sollicitations. De même, nous n'avons pas réussi à joindre la maire adjointe à la santé de la ville de Villeneuve-le-Roi que nous avions pensé interviewer, notre enquête ne comprend donc pas d'entretien avec un élu.

#### b. Par observation

Nous avons réalisé une observation non participante du sous-groupe logement du CLSM (voir annexe 4 pour la liste des participants). Nous avons assisté à deux séances de celui-ci, une courant janvier 2013 et une courant avril 2013, seule la seconde a fait l'objet d'une prise de note et a été retenu comme donnée dans nos résultats.

## 2) Analyse

Les entretiens ont fait l'objet de notes sur des feuilles, aucun n'a été enregistré, ce qui explique le peu de citation directes dans nos résultats.

Une grille a ensuite été élaborée (voir annexe 2) selon la méthode de l'analyse thématique (Blanchet & Gotman, 1992) : sont repérés au sein de chaque entretien les éléments se référant au même thème. Des fiches résumant chaque entretien ont ensuite été rédigées et leur informations synthétisées dans la partie « résultats ».

Le sous-groupe logement a également fait l'objet de notes, les éléments provenant de l'observation ont été synthétisés dans un des paragraphes de résultats et, quand cela se montrait pertinent, ont été ajoutés aux paragraphes thématiques.

## **Troisième partie : Résultats**

### **1) Problématiques locales en lien avec la santé mentale**

#### **a. Des difficultés multiples rencontrées par les personnes ayant des troubles de santé mentale**

Les acteurs interviewés citent des difficultés souvent multiples et touchant de nombreux domaines.

##### *Vie quotidienne*

On retrouve cité par plusieurs acteurs des difficultés dans la vie quotidienne avec des besoins d'aide aussi bien pour les tâches ménagères que les démarches administratives de bases, « ils ont la tête pleine, même un petit problème devient un grand problème (conseiller insertion PLIE)».

Ce point est particulièrement mis en avant par l'UNAFAM, selon qui les familles déploient une grande énergie pour s'occuper des dossiers administratifs essentiels. Pour les familles d'usager l'hygiène et l'alimentation représentent également des problèmes majeurs. Le problème de la nourriture peut par ailleurs se situer aussi bien au niveau de la préparation des repas (course, cuisine) que de l'équilibre alimentaire (cadre sup psy).

Par ailleurs la vie en collectivité et les contraintes qu'elle présente se révèlent plus difficile à supporter (médiatrice foyer ADEF).

##### *Logement*

Le logement est présenté comme une problématique majeure par nombre d'acteurs locaux, elle est rendue particulièrement complexe par un contexte local de ressources limitées.

Les acteurs du secteur psychiatrique distinguent deux aspects différents du problème : l'accès au logement et le maintien. Les personnes souffrant de troubles mentaux ont plus de difficultés à passer les procédures pour accéder au logement social (éduc centre de crise). Le maintien dans un logement est souvent compliqué du fait de l'absence générale de stabilité dans la vie des personnes (éduc HDJ). Les difficultés rencontrées vont des petits travaux d'entretien (éduc HDJ) aux problèmes d'encombrement et d'insalubrité majeurs (groupe logement).

L'UNAFAM souligne par ailleurs comment même en cas d'aide importante par la famille, le résultat peut se faire au détriment du travail d'autonomie (cas de personne à qui la famille achète un appartement dans le même immeuble).

Dans de nombreux cas étudiés au groupe logement, plusieurs personnes vivant sous le même toit peuvent être atteintes et avoir des problématiques spécifiques ce qui ajoute un niveau de complexité.

Dans les cas de problèmes d'addictions peuvent se poser des problèmes spécifiques, avec climat d'ambivalence de la part des gens vivant avec les personnes parfois eux aussi consommateurs mais dans une moindre mesure (médiatrice foyer ADEF).

### *Travail*

Les problématiques concernant le travail sont d'après les acteurs interrogés de deux ordres : accès au travail et travail comme facteur aggravant les troubles psychiques.

L'accès au travail est rendu difficile par le manque de qualification (AS CSAPA), « la majorité n'a pas fait d'études » (responsable médiathèque). De nombreuses personnes ont également des troubles cognitifs associés notamment au niveau de la concentration (UNAFAM).

Les freins matériels dus à la précarité sont rencontrés fréquemment (problèmes de mobilité géographique, de garde d'enfant...) (conseiller PLIE)

Les troubles de la santé mentale amènent les personnes à se désinsérer sur des périodes longues. La reprise du travail se heurte alors à la perte de capacité objective de travail des personnes, au regard des autres (AS CSAPA) et à la nécessité de faire le deuil de métiers exercés précédemment (conseiller PLIE).

Les difficultés au travail entraînant des troubles de la santé mentale constituent un motif de consultation fréquent (burn out, stress...) (MG). Par ailleurs pour les personnes déjà atteintes, le travail peut se révéler particulièrement compliqué, « il y a des cadences infernales » (président GEM), cela se retrouve aussi dans les ESAT (éduc HDJ). Les aides financières reçues au titre du handicap n'encouragent pas toujours à prendre une activité professionnelle (éduc CAC)

### *Une image négative répandue*

Les problèmes de santé mentale sont associés à des problèmes de dangerosité dans l'espace public, ce qui explique une faible mobilisation sociale pour l'intégration des personnes (UNAFAM).

Une vision négative d'eux même est également présente chez les personnes concernées les empêchant d'accéder aux lieux culturels, « il faut dédramatiser auprès des patients » (ergo HDJ).

Certaines populations spécifiques souffrent d'une mauvaise image même auprès des structures psychiatriques se traduisant par des difficultés à accéder aux soins, c'est le cas des personnes âgées (conseillère CLIC) et des personnes atteintes d'addiction (AS CSAPA).

Il semble néanmoins que cette image négative n'exclue pas un réel pouvoir « politique » : la présence d'usagers donne plus de chance d'aboutir à des revendications auprès des élus ou des organismes de tutelles (cadre sup)

### *Isolement*

Plusieurs acteurs soulignent combien l'isolement social, la solitude sont fréquents en cas de trouble de la santé mentale. Les explications avancées sont la stigmatisation dont souffrent les personnes (UNAFAM) mais également les difficultés qu'elles ont à se socialiser, « les patients restent chez eux souvent » (éduc CAC)

### *Culture et loisirs*

Les troubles de la santé mentale sont un facteur qui limite l'accès aux lieux de culture, « on considère qu'il s'agit d'un public « empêché », c'est-à-dire qu'ils ne viendraient pas d'eux même » (responsable médiathèque). Il existe beaucoup d'appréhension de la part des personnes, « ils pensent que c'est trop cher, trop dur » (ergo HDJ). Des accompagnements sont nécessaires pour leur permettre d'accéder aux manifestations culturelles (éduc CAC). Les vacances et les voyages présentent des difficultés d'organisation souvent insurmontables (président GEM)

### *Violence*

La violence, subie ou infligée, est fréquemment citée par les acteurs.

Un manque de contrôle de soi entraîne des violences, parfois sous forme de « colère explosive » (club prévention) et remet en cause les liens affectifs des personnes ainsi que les possibilités d'aides (médiatrice ADEF, club prévention), cela est particulièrement vrai chez

les personnes non suivies (médiatrice ADEF). Ces épisodes de violence obligent la police à intervenir (officier police), et peut mener à des peines de prison qui seraient évitables (AS CCAS).

Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale sont souvent en situation de subir des violences (club de prévention), les personnes âgées en particulier peuvent être victimes de négligence ou de violence à leur domicile (groupe logement, CLIC). Les victimes peuvent par ailleurs avoir du mal à expliquer ce qui leur est arrivé (officier police).

#### *Ressources financières*

Le territoire couvert par le CLSM est un territoire défavorisé caractérisé par un taux de chômage élevé et un faible revenu par habitant (mairie). Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale seraient particulièrement touchées par ce genre de problème, pour plusieurs acteurs cela résulterait de la précarité globale dans la vie de ces personnes (cadre sup, AS CSAPA). En cas de rupture avec la famille ces personnes peuvent se trouver dans des situations dramatiques (club de prévention, MG).

#### *Souffrance psychologique*

Enfin, de nombreux acteurs interviewés insistent sur la détresse globale dans laquelle se trouvent de nombreuses personnes du fait de leur trouble et de la souffrance qui en résulte : « angoisse terribles » (club de prévention), « détresse absolue » (MG)

#### b. Des difficultés dans l'aide malgré des ressources non négligeables

Dans leur travail auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale les acteurs locaux rencontrent différents types de problèmes spécifiques à ce public, « la maladie mentale est source de complexité » (CLIC).

#### *Un contact particulier*

Des difficultés relationnelles sont rapportées par plusieurs acteurs. La responsable de la médiathèque décrit des travailleurs « touchés émotionnellement », « mal à l'aise » face à « des demandes qui les dépassent ». Les personnes ont un contact « difficile » (mission locale). Parfois un investissement trop important des structures par les personnes posent des problèmes aux acteurs pour agir dans les limites de leurs compétences, les attentes exprimées étant trop élevées pour pouvoir être comblées (club de prévention, mission locale). Ces modes

de relation particuliers sont très désorganisant pour les différents acteurs (mission locale, MG), les difficultés d'organisation sont également soulignées en institutions spécialisées (éduc CAC).

Une des particularités le plus souvent citée dans les entretiens, est la difficulté à obtenir l'adhésion du public ayant des troubles de la santé mentale aux différents types d'aides apportées. Le déni des problèmes est fréquent (mission locale), le refus d'aide est fréquent et peut concerner aussi bien les soins (CLIC, éduc HDJ, éduc CAC) que les droits administratifs les plus basiques (CCAS). Le problème est quasi constant dans les problèmes d'addiction ou l'ambivalence vis-à-vis des substances consommées concerne aussi bien les personnes elles-mêmes (AS CSAPA) que l'entourage immédiat (foyer ADEF). Cette problématique nécessite de se poser le problème de la qualité de l'accueil dans les structures, renvoyant parfois à un manque de considération (président GEM), de l'adaptation des structures au public visé, les adolescents par exemple nécessitent des réponses rapides qui ne sont pas toujours disponibles (club de prévention) ainsi que de la stigmatisation liées aux structures psychiatriques en particulier, ainsi par exemple consulter un psychiatre au CMS peut être moins stigmatisant qu'au CMP (directrice CMS). Se pose par ailleurs la question de la liberté individuelle face au pouvoir des institutions (SICOT) et le refus d'étiquettes stigmatisantes, objectivement handicapante pour la vie en société, « ils veulent être normaux » (éduc HDJ) et qui se révèle douloureuse à assumer pour les personnes elles-mêmes « c'est difficile d'accepter qu'on est malade » (président GEM).

#### *Des capacités souvent réduites*

Se pose également le problème des capacités individuelles des personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Les aides classiques, comme la préparation à l'emploi, ne sont pas toujours adaptées (CCAS) ou accessibles (UNAFAM). En cas d'activités, les personnes se montrent souvent peu motivées, « il faut les pousser » (responsable médiathèque). Il existe parfois une vraie difficulté à réaliser des projets concrets, « rien n'accroche, ils sont d'une grande immaturité » (conseillère SPIP), « mise en échec des projets » (mission locale). A noter que des acteurs soulèvent également comment les tentatives d'aides peuvent se révéler démobilisantes pour le public visé, les aides financières pouvant décourager de chercher du travail et plus généralement le fait d'être suivi empêche d'investir des activités ouvertes à tous, « les patients s'enferment dans la psychiatrie » (éduc CAC). Le travail de l'autonomie peut également être rendu plus compliqué par la présence de proches malades au domicile (CLIC)

### *La stigmatisation*

L'image négative associée aux troubles de la santé mentale rend également plus difficile d'aider les personnes qui en sont atteintes. Il existe une forte stigmatisation sociale des maladies mentales qui sont associées à l'idée de dangerosité (UNAFAM), ainsi les structures de loisirs peuvent se montrer réticente à monter des projets avec des patients psychiatriques, « il y a l'image des patients psy qui font peur » (ergo HDJ). Par ailleurs la confusion entre handicap psychique et handicap mental est très répandue et de nombreuses propositions d'aides sont de fait inadaptées aux particularités des troubles psychiques (UNAFAM)

### *La précarité sociale*

Plusieurs acteurs soulignent la situation de grande précarité dans laquelle vivent de nombreuses personnes vivant sur le territoire du CLSM. Ainsi les problèmes de santé mentale viennent s'intriquer avec des problèmes sociaux rendant difficile la prise en charge, « il cumulent des problèmes médicaux et sociaux » (médiatrice ADEF), le travail sur les problèmes de santé mentale étant plus compliqué quand les personnes n'arrivent pas à subvenir à leur besoins les plus essentiels (MG, cadre sup). A contrario les structures sociales peinent à trouver des solutions pour des personnes ayant des troubles installés (CCAS, club de prévention, SPIP).

### *Manque de formation des acteurs*

De nombreux acteurs rapportent un manque de formation concernant le thème de la santé mentale. En cas de trouble de la santé mentale de nombreux acteurs rapportent une difficulté à évaluer les situations selon leurs critères habituels de travail, avec le besoin d'un appui de la part du secteur psychiatrique (CCAS, club de prévention, mission locale, foyer ADEF), « besoin d'outils de compréhension » (CLIC), « manque de formation sur l'addiction » (PLIE). Un manque de formation et de sensibilisation sont la règle parmi les forces de l'ordre (officier de police).

### *Manque de temps*

Plusieurs acteurs ont rapporté des pénuries de personnel dans leur institutions (CCAS, cadre sup, mission locale, SPIP) avec comme principale conséquence un problème de temps pour gérer l'ensemble des problèmes posés par la prise en charge de personnes souffrant de troubles de la santé mentale.

### c. Les ressources disponibles et leurs limites

Pour aider les personnes ayant des troubles de la santé mentale, les acteurs locaux disposent d'un nombre de ressources non négligeables.

#### *Le recours aux soins*

Une des ressources les plus citée par les différents acteurs locaux sont les soins des structures médicales spécialisés et dans une moindre mesure des généralistes. De nombreuses structures adressent des personnes qu'ils prennent en charge vers le secteur (CCAS, mission locale, foyer ADEF, PLIE, MG). L'impression globale est que le travail avec le secteur ne va jamais de soi, la plupart des acteurs le trouvant très insatisfaisant, par exemple donné par une travailleuse sociale du CCAS « quand on les appelle [le CMP] on nous répond que ce sont des problèmes sociaux ».

Ainsi certaines structures ont développé des formes d'adaptation à ces difficultés de travail avec le secteur afin de pouvoir adresser les personnes vers les soins psychiatriques. Le CLIC fait le plus souvent appel aux généralistes pour le public des personnes âgées, elle propose par ailleurs des formations sur la dépression du sujet âgé et des aides aux soignants qui prennent en charge les personnes âgées. Le médecin généraliste évite les contacts directs avec ses confrères psychiatre car cela lui prend trop de temps et se contente de remettre un courrier aux patients. Le club de prévention adresse préférentiellement vers la Maison des Adolescents de Créteil où les jeunes peuvent être reçus sans délais. Les bailleurs HLM ainsi que les mairies utilisent le sous-groupe logement pour interpeller le secteur sur certains cas, néanmoins il ressort de notre observation qu'il n'existe pas de protocole formalisé en cas de sollicitation. Lors de l'examen d'une situation, deux bilans par des travailleurs sociaux ont dû être réalisés avant que le secteur n'accepte de proposer une consultation.

Dans le cas de suivi judiciaire, les soins revêtent également une place importante, des aménagements de peine peuvent être mis en place afin de les favoriser et des obligations peuvent être prononcées. Néanmoins il y a un manque de communication entre structures judiciaires et médicales. Une responsable d'insertion et de probation a été désignée en interne comme référente pour les problèmes de santé afin de mettre en place des partenariats avec les structures de soins, néanmoins il n'existe pas de partenariat opérationnel actuellement au niveau des conseillers territoriaux (conseillère SPIP).

Quand les possibilités financières des personnes le permettent, la consultation d'un psychiatre libéral peut s'avérer une solution satisfaisante (président GEM). L'offre de soins psychiatrique privée est néanmoins extrêmement réduite sur le territoire (deux psychiatres libéraux selon le chef de service).

La consultation « CMDO » qui n'existe plus est néanmoins citée par plusieurs acteurs comme un moyen intéressant de permettre une évaluation et un accès aux soins pour de nombreuses personnes.

### *Psychologues*

Plusieurs structures ont embauché des psychologues afin de pouvoir bénéficier de compétences en terme d'évaluation (PLIE, foyer ADEF, police, mission locale, voir ci-dessous). Il est à noter que cette solution accompagnée de contacts institutionnels travaillés en amont a permis d'arriver à une situation satisfaisante dans deux structures (foyer ADEF, PLIE).

En effet parmi les institutions s'étant doté de psychologues, certaines l'ont fait en réponse à des difficultés répétées, avec une sensation de débordement et d'impuissance de la part des travailleurs (mission locale et dans une moindre mesure la police), ce dispositif mis en place « par défaut », ne semble pas avoir produit d'effets majeurs. Par contre d'autres structures l'ont fait dans le cadre d'un projet plus global de l'institution prenant en compte la dimension santé mentale (PLIE, foyer ADEF). Dans ces derniers cas la présence de psychologues permet une formation informelle des autres travailleurs, parfois sous la forme de supervision et facilite le travail avec le secteur, les acteurs de ces institutions ne rapportant pas de difficultés ni dans l'adressage ni dans le suivi des personnes.

### *Aides financières*

Un certain nombre d'aides financières sont disponibles. Les personnes reconnues handicapées psychiques peuvent bénéficier d'allocation auprès de la MDPH, il existe néanmoins de rares cas de psychiatres refusant de remplir les demandes par principe (UNAFAM). La famille pallie dans de nombreux cas aux difficultés financières de leurs proches (UNAFAM). Le CMS permet aux patients qui en ont besoin de bénéficier d'aide financière de la CPAM dans le cadre des soins, par ailleurs les soins y sont pratiqués sans surcoût (directrice CMS). Des aides ponctuelles dites « extra-légales » sont prévues dans les CCAS, ces aides sont ponctuelles et de faibles montants néanmoins. A noter que des travailleurs sociaux sont

présents dans quasiment toutes les institutions couvertes par l'étude, ils aident les personnes à avoir accès aux droits sociaux universels en matière financière (RSA...).

### *Les aides à l'emploi, l'emploi adapté*

Les acteurs interviewés citent plusieurs ressources pour aider à l'emploi des personnes ayant des troubles de la santé mentale.

En termes de formation, l'Espace Dynamique d'Insertion propose de nombreuses orientations et activités pour les jeunes (mission locale, éduc CAC). Il existe des formations adaptées organisées par la MDPH (UNAFAM). Des formations spécifiques peuvent être mises en place par l'intermédiaire de prestataires (PLIE). Des entreprises d'insertion permettent de reprendre un premier contact avec le milieu professionnel en cas de rupture prolongée (CSAPA, SPIP).

Pour les personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH), l'agence publique Cap Emploi permet une aide à la recherche de travail (mission locale, UNAFAM). Les ESAT permettent à des personnes souffrant de troubles importants de travailler dans un milieu adapté à leurs capacités, néanmoins tenir dans la durée reste compliqué pour de nombreuses personnes (éduc HDJ).

### *Le traitement des crises*

En cas de manifestations bruyantes et/ou violentes des troubles de la santé mentale, les acteurs disposent de différentes ressources. En cas de crises le recours aux urgences psychiatriques est assez fréquent (officier de police). Les policiers de par leur fonction de maintien de l'ordre sont souvent appelés dans ce genre de situation, notamment en cas d'hospitalisation sous contrainte (MG, cadre sup). Ils utilisent les moyens de maintien de la violence non spécifiques « si on doit maintenir une personne, on utilise les techniques de maintien qu'on utilise pour les délinquants » (officier de police). Ces techniques peuvent être plus traumatisantes que l'abord, même physique, de la part des équipes de soins (officier de police), l'appel même aux policiers peut être délétère pour la relation avec les personnes prises en charge (club de prévention), l'appel des pompiers en cas de décompensation peut être préférable (mission locale).

La disparition de personne peut être signalée à la police, la présence de troubles de la santé mentale étant un élément qui pousse les policiers à lancer une procédure dite de « signalement de disparition inquiétante de personne » (officier de police).

### *La vie quotidienne*

Pour les difficultés liées à la vie quotidienne, des accompagnements ciblés et des visites à domicile permettent d'apporter un soutien important (éduc CAC). Des aides peuvent être mises en place de manière régulière pour les personnes non autonomes comme des aides ménagères ou le portage de repas au domicile (UNAFAM), la stigmatisation liée aux troubles de la santé mentale peut néanmoins rendre plus difficile l'accès à ces aides (UNAFAM). Dans le cas des personnes âgées, des aides aux proches aidants des personnes en perte d'autonomie ont été développées (CLIC).

Les accompagnements et les échanges informels qui peuvent se produire sont aussi un moment permettant aux personnes d'exprimer leurs difficultés et leur souffrance (éduc CAC, MG)

### *La culture et les loisirs*

De nombreuses possibilités d'aides existent dans le cadre de l'accès à la culture. L'association « culture du cœur » met à disposition des billets gratuits pour un certain nombre de manifestations culturelles (président GEM, ergo HDJ). Les aides peuvent être également allouées par le département « politique de la ville » des mairies ou par la directrice culturelle de l'hôpital (ergo HDJ). Néanmoins les difficultés financières ne sont pas le seul obstacle à l'accès à la culture (ergo HDJ), et ainsi de nombreux acteurs organisent des accompagnements ou des sorties de groupe (éduc CAC, ergo HDJ, club de prévention, GEM, SAVS). La médiathèque a développé au fil du temps en partenariat avec des structures psychiatriques des accueils collectifs ou individuels spécifiques (responsable médiathèque).

Plusieurs ressources existent pour permettre la pratique d'activités artistiques. Un groupe de musique fonctionne au GEM grâce au soutien de la mairie qui prête des salles de la MJC pour les répétitions (président du GEM). La médiathèque est en mesure d'organiser des expositions ou des spectacles avec la collaboration des personnes (responsable médiathèque).

### *Les aides au logement*

Dans le domaine du logement plusieurs types d'aides sont cités par les acteurs mais leur semblent globalement insuffisants ou difficiles d'accès. En cas d'urgence, un hébergement peut être obtenu en faisant appel au Samu Social mais celui-ci est fréquemment saturé (AS CSAPA). Les CHRS pourraient être des structures convenant aux personnes suivies mais des places sont rarement disponibles (AS CSAPA). Des appartements thérapeutiques mis à disposition par l'hôpital avec un suivi régulier existent sur le secteur (cadre sup, éduc HDJ),

les soignants souhaiteraient néanmoins pouvoir faire bénéficier les patients de baux glissant afin de les faire progresser en autonomie mais cela n'est pas mis en place actuellement (éduc HDJ).

Le sous-groupe logement du CLSM est un lieu ressource pour les acteurs qui y participent, il fera l'objet d'un développement ultérieur.

### *Les partenariats*

Plusieurs acteurs locaux ont évoqué les partenariats comme une manière efficace de résoudre les problèmes posés par la problématique de santé mentale, « il y a beaucoup de bonnes volonté dans les structures » (ergo HDJ), cet aspect fait l'objet d'un développement spécifique ultérieur.

#### d. Améliorations souhaitées par les acteurs

##### *Un appui psychiatrique*

Le manque le plus fréquemment exprimé par les acteurs non médicaux est le besoin d'appui psychiatrique pour les aider dans leur travail. Plusieurs acteurs mentionnent le besoin d'évaluation psychiatrique dans des situations quotidiennes de leur pratique, « une expertise technique pour comprendre les situations » (CCAS), l'officier de police interviewé souhaiterait « une grille d'évaluation pour aider aux signalements », sur le modèle de la grille faite pour faire appel aux pompiers. Ainsi plusieurs acteurs regrettent l'arrêt d'une consultation d'évaluation faite par un généraliste, la « CMDO », à laquelle ils pouvaient adresser les personnes avec des résultats qui les satisfaisaient (mission locale, club de prévention, CCAS).

Pour plusieurs acteurs, c'est plus généralement la possibilité d'échange de pratiques avec les autres institutions, dont le secteur, qui serait utile (foyer ADEF, CCAS, cadre sup), « pouvoir exposer les situations psy » (mission locale), « avoir un service de professionnel ressource » (CLIC), la médiatrice du foyer ADEF insiste pour que ces rencontres soient régulières et formalisées. Enfin une prise en charge psychiatrique concrète manque dans de nombreuses situations, « on a besoin de pouvoir orienter, d'avoir un relais de notre activité de rue » (club de prévention), « soutien de la psychiatrie sur des situations concrètes » (mission locale), « orientation et prise en charge » (médiatrice foyer), « facilitation administrative pour avoir accès à la psy » (officier de police). Ce problème est dû selon plusieurs acteurs au manque de reconnaissance de la part du secteur (CLIC, mission locale).

### *Informations*

Le secteur psychiatrique reste pour de nombreux acteurs une institution difficile à appréhender, dont le fonctionnement et les différentes structures ne sont pas connues. Plusieurs acteurs souhaiteraient une majeure information (PLIE, mission locale). Par ailleurs, il existe sur le territoire une multiplicité d'acteurs, dans le champ culturel notamment, mais il est difficile de les connaître tous, un recensement serait nécessaire (ergo HDJ). Le président du GEM déplore d'ailleurs qu'il ne soit fait aucune information sur les autres structures d'aides au sein des structures psychiatriques

### *Formations conjointes et stages*

Le manque de formation générale à la santé mentale des acteurs non médicaux a déjà été précédemment évoquée. Néanmoins plusieurs acteurs déplorent particulièrement le manque de formations conjointes entre institutions (cadre sup) ainsi que de période d'observation de terrain dans les autres structures (éduc HDJ, officier de police) qui sont selon eux les moyens les plus efficaces d'être formés.

### *Une augmentation quantitative des aides*

Les aides disponibles sont jugées insuffisantes par l'UNAFAM, qui considère en outre qu'elles sont inégalement réparties entre les territoires. Les logements sont globalement en nombre insuffisant (éduc HDJ). Des aides financières seraient nécessaires pour les besoins les plus élémentaires (MG) et des financements supplémentaires seraient nécessaires pour développer les services aux patients (cadre sup). Les services d'accompagnements sociaux seraient à développer ainsi que les services de soins « au CMP c'est de la médecine à la chaîne » (président GEM).

### *Des structures adaptées*

Le développement de structures adaptées est cité comme potentielle amélioration. Dans le domaine du logement, est nécessaire une plus grande diversité de logement afin de pouvoir mieux correspondre aux possibilités des patients et en particulier des appartements « passerelles où l'on puisse travailler l'autonomie » (éduc HDJ). Les maisons relais sont également des structures intéressantes « pour sortir d'une mauvaise passe, ou pour partir de chez ses parents » mais insuffisamment développées (président GEM). Les ESAT permettant l'accès au travail des usagers de la psychiatrie ne sont pas assez nombreux (président GEM).

Dans le domaine de l'addiction, le manque est criant, « il faudrait des structures adaptées pour patient d'addicto, des familles d'accueil avec formation, des foyers... il n'y a rien qui existe » (AS CSAPA).

Un point écoute jeune serait d'un grand intérêt sur le territoire pour traiter la souffrance des adolescents (club de prévention)

D'une manière générale l'UNAFAM déplore le manque d'aides adaptées aux personnes handicapées psychiques qui permettent le travail de l'autonomie.

### *Lieux de convivialité*

Deux acteurs mettent l'accent sur la nécessité de lieux de convivialité, un lieu de convivialité ouvert à tous serait un bon moyen d'intégration pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale (cadre sup), dans le cadre de sa rénovation, la médiathèque a engagé un travail important pour améliorer la convivialité qui rendrait plus facile l'accès à la culture. Le partage de locaux avec d'autres activités serait également un moyen d'intégrer les patients psychiatriques (ergo HDJ)

### *Prise de conscience de la population*

Le peu d'actions entreprises pour lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale a été noté par plusieurs acteurs, « il faut plus d'information sur la santé mentale pour destigmatiser » (responsable médiathèque), « le fait qu'on en parle dans la société, ça pourrait aidé » (PLIE). L'UNAFAM souligne par ailleurs comment la sensibilisation des pouvoirs publics soit une tâche indispensable à toute action.

## **2) Relations entre acteurs locaux**

### **a. Des relations de travaux ponctuelles très fréquentes**

L'ensemble des acteurs interrogés ont rapporté travailler de manière ponctuelle avec d'autres institutions. Chacun cite spontanément entre 3 et 11 autres institutions avec qui il travaille de manière irrégulière et non formalisée. Fait exception la médiathèque qui n'évoque que des partenariats formalisés. En tout, sont citées environ 37 structures différentes. Le secteur est cité systématiquement par les autres acteurs, ce qui montre la place centrale qu'il occupe

concernant la santé mentale sur le territoire. Tous les acteurs à l'exception du SPIP et du GEM citent au moins un service social ou médico-social (CCAS, EDS, SAVS, SAMSAH).

Les relations de travail ponctuelles sont très fréquentes et concernent de nombreuses institutions, dont la seule clairement identifiée soit le secteur. A noter que le secteur est le plus identifié au CMP et que l'ensemble des autres structures qui le composent semblent peu connues. Le travail ponctuel est le plus souvent associé à l'idée de normalité, c'est une modalité de travail habituel, les partenariats faisant plutôt figure d'exception. Ce type de relation est souvent associé avec une certaine difficulté par les acteurs faisant penser que cette modalité est peu satisfaisante.

b. Des partenariats formalisés rares mais efficaces

Dans le cadre de la santé mentale, plusieurs acteurs ont développé et souvent formalisé de manière plus ou moins aboutie des modalités de travail commun. Il nous semble que le fait de développer ou non des relations avec les autres structures soit une caractéristique de fonctionnement des acteurs, ainsi certains y ont recours et d'autres non. Le CLSM qui est une des manières de formaliser ces relations fera l'objet d'un paragraphe spécifique.

Acteurs mettant en place des partenariats

Le secteur a été moteur dans la création du CLSM et c'est principalement dans ce cadre qu'il crée des partenariats comme les partenariats multiples du sous-groupe logement ou des rencontres avec la mairie. Des partenariats ont également été passés dans le champ culturel et seront traités dans le paragraphe suivant. Par ailleurs certains acteurs au sein du secteur qui seraient susceptibles de porter les partenariats ne sont pas sollicités (éduc CAC).

Les mairies : une des mairies (Choisy-le-Roi) a également été un des éléments moteur de la création du CLSM et continue à être présente dans toutes ses réalisations. Les autres mairies du territoire y sont également actives. Les mairies ont des relations avec de nombreux acteurs, soit au travers de commissions (comme la commission d'accessibilité où est présente l'UNAFAM) soit en tant que financeur (financement de la psychologue du PLIE par le département politique de la ville de la ville de Choisy) soit au travers du CCAS (présent au CoPil du foyer ADEF et réservataire de place dans celui-ci). Par ailleurs le médecin de santé publique de la ville de Choisy est connu et bien repéré par l'ensemble des acteurs et organise plusieurs évènements annuels (SISM, campagne de prévention alcool avec le CSAPA).

Le CSAPA participe à une campagne de prévention des risques liés à l'alcool avec la mairie et des associations d'anciens buveurs. Le travailleur interviewé rapporte par ailleurs l'absence d'aide au logement adaptée pour les patients souffrant d'addiction sur le territoire.

La médiathèque a mis en place des partenariats avec le secteur dans le cadre du CLSM, d'abord, dans le cadre de son sous-groupe «accès à la culture ». Actuellement néanmoins du fait de l'habitude qu'ont désormais ces acteurs de travailler ensemble et avec la disparition du sous-groupe, le CLSM n'est plus un cadre de référence pour ce partenariat. Un partenariat a également été passé avec le GEM mais cet acteur peine à s'insérer pleinement dans la même dynamique.

L'UNAFAM représente les usagers dans plusieurs commissions locales et porte une attention particulière aux décideurs publics (mairie avec la commission d'accessibilité), ARS (conférence de territoire) et hôpital (CRUQPC). L'association parraine par ailleurs le GEM, une bénévole siégeant dans son conseil d'administration.

Le club de prévention a mis en place un partenariat avec un collège situé sur le territoire, avec présence d'éducateur une fois toutes les deux semaines pour donner un lieu de parole pour les collégiens. Il participe également à une campagne de la mairie portant sur l'alimentation. Selon cet acteur, il manque un partenariat avec les structures locales de soins psychiatriques, bien que la simple orientation des jeunes à la Maison des Adolescents de Créteil soit satisfaisante le plus souvent.

Foyer ADEF : le foyer fait appel à une association pour faire bénéficier à ses résidents de consultations psychologiques et d'art thérapie. Cette association est manifestement très bien insérée dans la structure et a développé plusieurs activités en coopération avec les travailleurs ADEF. Par ailleurs des rencontres régulières avec le CMP sont organisées ce qui permet une meilleure collaboration entre les deux structures, ces rencontres ne sont néanmoins pas véritablement formalisées et dépendent donc en grande partie de l'investissement personnel de l'actuelle médiatrice, ce qui les rend incertaines à long terme.

La police a des rencontres régulières avec le club de prévention mais elles se font dans le cadre des commissions de prévention de la délinquance. Le seul partenariat mis en place concernant la santé mentale a été passé avec le secteur pour définir les protocoles d'intervention en cas d'hospitalisation sous contrainte.

Le PLIE et le CLIC sont par définition des structures servant de pivot et devant permettre la mise en réseau des acteurs autour de leur usagers. Ces acteurs ont donc naturellement de nombreux partenariats dans les domaines qui les intéressent (respectivement insertion et personnes âgées) mais aucun pour le moment qui soit spécifique à la santé mentale.

La mission locale est également une structure qui a pour vocation d'orienter les personnes. Il ressort de notre entretien que la problématique de santé mentale est de plus en plus prise en compte en interne, notamment du fait de la prise en compte de problématique santé en générale. Les problèmes de santé mentale semblent néanmoins « subis » par la structure qui manque de possibilités pour y répondre. Ainsi l'idée de mettre en place des partenariats pour améliorer leur action semble monter en puissance dans cette institution.

#### *Acteurs sans partenariats*

Le MG cherche globalement à éviter les problèmes de santé mentale, à l'exception des troubles anxio-dépressifs liés au travail pour lesquels il se sent compétent, « les cas psychiatriques lourds moins on en voit et mieux on se porte ». En effet il considère les personnes ayant des troubles mentaux comme prenant plus de temps que les autres et désorganisant sa consultation qui est décrite comme surchargée. Cet acteur ne met donc en place aucun partenariat pour ne pas se voir adresser de personnes avec ce type de troubles.

CMS : absence de partenariat car cet acteur ne perçoit pas de difficultés particulière vis-à-vis de la problématique de santé mentale.

SPIP : absence de temps de la part de la conseillère pour mettre en place des partenariats. Néanmoins il ressort de l'entretien qu'il y a une prise de conscience au sein de l'institution de la problématique s'étant traduite par la désignation d'une référente santé parmi les responsables. Cette référente est chargée de mettre des relations avec les institutions soignantes et constitue un interlocuteur de choix pour mettre en place des partenariats bien que son territoire de compétence soit plus vaste que le secteur géographique du CLSM.

#### c. La place actuelle du CLSM

La population de l'étude a été choisie parmi l'ensemble des acteurs du territoire pouvant être amenés à s'occuper de personnes ayant des troubles de la santé mentale et donc pouvant potentiellement participé au CLSM. Nous avons pris soin d'avoir trois groupes représentés :

membres actifs actuellement, acteurs ayant participé à un moment mais n'y participant plus et acteurs n'ayant jamais participé.

### *Membres actuellement actifs*

A part les assemblées générales où se retrouvent de nombreux acteurs pour entendre le bilan du CLSM ainsi que des rencontres secteur-mairie, la seule manifestation actuelle véritablement reconductible au CLSM est le sous-groupe logement.

Ce sous-groupe existe depuis 2004, il se réunit tous les trois mois environ et chaque institution participante accueille les séances à tour de rôle dans ses locaux.

On trouve parmi les participants des représentants des services techniques et des élus des trois plus grandes communes (la quatrième Ablon est nettement plus petite avec seulement 5 000 habts), des travailleurs sociaux du secteur et depuis une date très récente seulement un psychiatre (nouvellement arrivé au sein de l'institution), un représentant du principal bailleur social du territoire et les directeurs du SAVS et d'une association de réinsertion (voir tableau en annexe). Une bénévole de l'UNAFAM est également un membre actif de ce groupe mais n'a pas été présent lors des séances que nous avons observé, un contact avec l'UDAF a par ailleurs été réalisé mais le travailleur référent de cette institution ne se présente pas aux séances. La coordination est assurée par l'éducatrice de l'HDJ qui préside par ailleurs les séances.

Les séances se déroulent selon le protocole suivant : chaque commune est passée en revue, les acteurs y exerçant peuvent évoquer des situations qui leur posent problème. Les noms des personnes sont évoqués systématiquement, l'accord des personnes pour parler d'elle dans ce groupe n'est pas systématique mais est souvent demandé, en particulier dans des cas pouvant avoir des enjeux locaux plus larges (ex : situation d'un proche d'un acteur associatif très actif sur le territoire). Aucune charte ne formalise ces modalités de fonctionnement.

Lors des séances que nous avons observées, les situations comportaient plusieurs types de problématiques parfois intriquées. De nombreuses situations concernaient des demandes d'évaluation psychiatrique de personnes qui présentaient des comportements problématiques au sein de leur logement (dégradations, accumulations, troubles du voisinage) pour lesquelles les institutions n'arrivaient pas à trouver de solutions par leurs méthodes habituelles et avec l'idée souvent explicitée de faire accéder aux soins ces personnes. Il est à noter que malgré la fréquence de ces situations, il n'existe pas de protocole clair permettant d'y répondre, le

secteur à qui elles sont principalement adressées n'y apportant jamais de réponse sur le moment. Les autres situations concernent principalement des problèmes d'accès aux logements ou de changement de logement, le sous-groupe tente alors de déterminer le type de logement et éventuellement d'accompagnement le plus adapté et par l'échange d'information permet de mettre en place les démarches nécessaires le plus efficacement possible.

Par ailleurs il est à noter que certaines des institutions existantes aujourd'hui ont été créées suite au travail du CLSM mais ne font plus l'objet de dynamique particulière en son sein. Le GEM a été créé en 2007 sous l'impulsion du CLSM à partir d'un club thérapeutique existant depuis plusieurs années qui avait des activités autour de la correspondance par courrier (le Social Art Postal Club), le SAVS d'Orly existe lui depuis 2009, tandis qu'une résidence accueil est actuellement en construction sur le territoire.

#### *Acteurs ayant cessé de participer*

Nous avons rencontré ces acteurs dans le champ culturel, qui a été un des champs investis dès le début par le CLSM, en la personne de la responsable de la médiathèque et de l'ergothérapeute de l'HDJ. Comme expliqué précédemment la médiathèque a mis en place des partenariats dans le cadre CLSM qui ont ensuite évolué pour leur propre compte. Néanmoins une réorganisation actuelle de la médiathèque avec des changements de locaux poussent les travailleurs de cette institution à repenser les partenariats mis en place, pour pouvoir les intégrer à leur évolution. L'ergothérapeute de l'HDJ avec un de ses collègues éducateur avaient initié une démarche communautaire juste avant la création du CLSM, nouant des contacts avec de nombreux acteurs locaux. Il rapporte néanmoins avoir arrêté cette démarche suite à un conflit avec son chef de service arrêtant ainsi sa participation au CLSM naissant. Au final dans le domaine culturel, peu de partenariats ont été noués vis-à-vis de l'ensemble des possibilités existantes sur le territoire (artistes, théâtre, services culturels des mairies...), les seuls partenariats aboutis étant entre le CATTP et l'HDJ avec la médiathèque, sur une dynamique que le GEM cherche à rejoindre mais peine encore à intégrer complètement.

#### *Acteurs ne participant pas au CLSM*

Plusieurs types de raisons expliquent l'absence de participation d'acteurs concernés par la santé mentale au CLSM.

Pour certains acteurs il y a une absence d'intérêt pour cette problématique. La problématique de santé mentale ne semble pas présente au CMS selon sa directrice, aucune action ne semble

donc nécessaire pour cet acteur. Le médecin généraliste reconnaît volontiers être confronté à cette problématique mais la fuit volontairement. Enfin le CSAPA est intéressé par certains types spécifiques de troubles pour lesquels existent des réseaux spécifiques et sur lesquels il préfère se concentrer.

Chez d'autres acteurs, on sent un besoin et un intérêt fort en matière de santé mentale en train d'émerger à des degrés plus ou moins poussés à l'intérieur des institutions (CLIC, Mission Locale, PLIE, club de prévention, foyer ADEF, police). Dans ce groupe conséquent d'acteurs, on trouve de nombreuses personnes qui seraient prêtes à participer à des projets sans pouvoir encore définir précisément lesquels.

Enfin il ressort de notre entretien un intérêt encore flou, une prise de conscience tout juste émergente de la part du SPIP sur le sujet.

#### d. Les attentes des acteurs vis-à-vis des partenariats

A l'exception du médecin généraliste et de l'éducateur du CAC tous les acteurs ont exprimés des attentes spécifiques au fait de nouer des partenariats.

##### *Connaissance des autres acteurs*

Quasiment tous acteurs attachent de l'importance au fait de connaître personnellement les personnes des autres structures avec qui ils sont amenés à travailler. Le travailleur social du CSAPA par exemple parle de « rencontre », « d'aller vers », pour la directrice du CMS les partenariats permettent de se connaître « d'avoir des contacts ». La cadre supérieur du secteur insiste particulièrement sur l'interconnaissance personnelle des acteurs pour trouver des solutions, ce point est qualifié par elle de « fondamental ».

Plusieurs acteurs parlent de l'importance de connaître le travail des autres, « savoir ce que font les autres » (directrice du CMS), « connaissance de la pratique de l'autre » (éduc HDJ). Certains insistent en particulier sur la connaissance des limites des actions et des possibilités des autres acteurs pour éviter que ne se créent des tensions (club de prévention, ergo HDJ). La Mission Locale attend d'un partenariat de voir sa légitimité reconnue par les autres acteurs en particuliers médicaux.

##### *Création d'une culture commune*

Les propos recueillis chez plusieurs acteurs vont dans le sens de la nécessité de construire, par les partenariats, une base commune concernant la santé mentale entre personnes des différentes institutions. Les acteurs de la psychiatrie en particulier souhaitent changer le regard sur leur patients, « ils ne connaissent pas les maladies mentales, il faut rassurer les partenaires » (éduc HDJ), « apporter un autre regard sur la psy » (ergo HDJ). Le CLIC souligne que les pratiques professionnelles et les conceptions sont pour le moment très différentes, la Mission Locale parle de « culture commune » et l'officier de police d'un besoin de connaissance de la problématique chez ses hommes afin qu'ils puissent « appréhender le besoin de l'autre ». Ainsi on retrouve l'idée de réflexion commune chez plusieurs acteurs, le partenariat est un « lieu de réflexion » (AS CSAPA), il doit permettre un « échange de point de vue » (UNAFAM), « une réflexion de fond sur les dispositifs puis sur les situations individuelles communes » (CLIC) et enfin « ne pas rester enfermés dans ses propres idées » (président GEM).

Cet aspect se retrouve dans le souhait de nombreux acteurs d'avoir des échanges de pratiques (police, CCAS, éduc HDJ, médiatrice ADEF).

#### *Avoir des liens institutionnels*

Plusieurs acteurs attachent de l'importance aux relations entre institutions : « les institutions sont cloisonnées, il faut mettre de l'huile dans les rouages », « créer une dynamique gagnant-gagnant » (président GEM), « apaiser les tensions » (UNAFAM). L'éducatrice de l'HDJ souligne la nécessité d'arriver à supporter la frustration quand une situation ne trouve pas de solution sans en donner la faute aux autres, tandis que les travailleuses du club de prévention insistent sur la confiance nécessaire entre partenaire pour pouvoir travailler ensemble.

Ainsi certains acteurs soulignent la nécessité de formaliser les liens (médiatrice ADEF, éduc HDJ, CLIC). Le risque est que les relations entre institutions restent personnes-dépendantes (cadre sup).

#### *Trouver des solutions concrètes*

Une attente forte de la part des acteurs est de trouver « sur le terrain » des solutions aux situations qu'ils rencontrent. Pour la médiatrice ADEF le partenariat doit servir pour la prise en charge concrète des situations, les travailleurs du CSAPA et de la Mission Locale en attendent respectivement « un soutien aux travailleurs des autres institutions », « permettre la prévention » et « un appui ». La directrice du CMS voit également la nécessité parfois d'être

un « relais vers [les autres structures] ». Enfin pour les acteurs du secteur cela doit permettre un accès direct aux décideurs afin de monter des projets (éduc HDJ), « ouvrir la cité au patient et le patient à la cité » (ergo). A noter que pour ces acteurs, les retombées concrètes sont à la fois intérêt des partenariats mais également une nécessité pour que le partenariat continue. Il existe sinon plusieurs obstacles à ce que ceux-ci perdurent.

#### *Les freins aux partenariats*

Il ressort des entretiens et de notre observation que les partenariats peuvent être freinés par des dynamiques internes aux institutions. Il faut en effet pour qu'un partenariat puisse être mis en place qu'un travail de terrain en amont ait été réalisé (médiatrice ADEF). Les partenariats peuvent ne pas être connus ou leur utilité reconnue par les membres des institutions n'y prenant pas part directement (éduc HDJ), le manque d'information est fréquent par exemple au sein du secteur (cadre sup). La formalisation de liens ne peut être obtenue sans l'aval des supérieurs (conseillère SPIP, police), si le chef n'appuie leur action, les acteurs peuvent se décourager (ergo HDJ).

Enfin, plusieurs acteurs soulignent combien le temps investi dans les partenariats est important (éduc HDJ, club de prévention) et que le temps passé impacter la qualité du travail réalisé « il y a le problème d'être partout et donc nulle part » (cadre sup)

#### e. Les modalités de travail commun envisagées

##### *Les groupes de travail*

La grande majorité des acteurs interviewés se dit prêt à participer à des groupes de travail au moins de manière ponctuelle qui semble une modalité de travail habituelle pour tous. La création d'un groupe de type RESAD semble notamment une option intéressante à quasiment tous les acteurs interrogés.

Certains émettent néanmoins des réserves en précisant que leur participation ne sera que ponctuelle (CSAPA, PLIE), d'autres insistant sur la nécessité de définir les missions de ses groupes de manières précises (ergo HDJ) ou d'éviter les doublons (éduc HDJ). Ces réserves semblent avant tout exprimer la crainte de groupes inefficaces qui leur feraient perdre leur temps.

##### *Les formations*

Les formations, aussi bien théoriques que pratiques sont pour plusieurs acteurs un moyen de créer des dynamiques coordonnées entre institutions. Des interventions ou des cours dans les autres structures semblent être d'autres moyens de sensibiliser les partenaires pour la cadre supérieure du secteur, le CSAPA propose déjà dans ses locaux des séances annuelles de formation ouvertes à l'ensemble des acteurs locaux, tandis que les travailleurs du CLIC ont un projet de cycle de conférences, réalisées avec des professionnels de la gériatrie, qui pourrait inclure la santé mentale. Certains acteurs (police, cadre sup) insistent sur l'intérêt que ces formations théoriques soient également le lieu de rencontre et d'échanges des professionnels des différentes institutions (formations conjointes). Sur le plan pratique, la mise en place de stage dans les autres structures est souhaitée par plusieurs acteurs (ergo, police) mais est particulièrement recommandée par l'éducatrice HDJ qui en a fait l'expérience, son stage chez un bailleur social lui ayant donné les outils pour coordonner par la suite le sous-groupe logement.

#### *Des moments de rencontres informelles*

Pour la cadre du secteur, l'interconnaissance mutuelle est un élément essentiel, elle préconise donc d'avoir durant les rencontres institutionnelles des moments de convivialité « ça peut paraître bête mais champagne-petits fours c'est pas mal » (cadre sup). Des moments conviviaux existent lors du sous-groupe logement, un repas ayant été organisé lors d'une de nos observations, il permet un moment de relâchement des professionnels après plusieurs heures de travail où ceux-ci peuvent évoquer et réélaborer les moments de tensions qui ont pu avoir lieu lors de la séance.

#### *Des interventions pour des publics ciblés*

Quelques acteurs ont évoqué le fait de mettre leur compétence ou leur dispositif au service des personnes prises en charge dans les autres institutions. La directrice du CMS dit pouvoir proposer des actions d'éducation thérapeutique, la médiathèque propose des portages de documents au domicile ou en institutions tandis que l'ergothérapeute de l'HDJ rappelle l'importance des accompagnements pour permettre l'accès à de nombreuses structures.

#### f. L'éthique, une réflexion encore peu aboutie

La question du cadre éthique nécessaire au bon déroulement des partenariats entre acteurs ayant des buts différents n'a que rarement reçu de réponses claires et spontanées à l'exception

de l'UNAFAM, lors des entretiens des amorces ont dues le plus souvent être proposées aux acteurs pour déclencher une réponse de leur part. Cela traduit vraisemblablement une faible réflexion sur le sujet et se retrouve en pratique dans l'absence de formalisation des règles éthiques entre partenaires, les acteurs accordant de l'importance à la présence de charte étant peu nombreux (UNAFAM, SAVS lors du groupe logement, CSAPA). Les acteurs citent néanmoins plusieurs éléments éthiques qu'ils jugent nécessaires.

#### *La bienveillance*

Plusieurs acteurs locaux citent la bienveillance à l'égard des personnes souffrant de troubles de la santé mentale comme élément nécessaire au partenariat, « bienveillance et bon sens » (cadre sup), « principe de bienveillance » (CCAS), « bienveillance » (éduc CAC). Pour ces acteurs, il semble néanmoins que ce « principe » général, qui reste pour eux implicite, soit suffisant pour « protéger les personnes » (CCAS).

#### *Un consensus sur le secret médical*

L'ensemble des acteurs s'étant exprimés sur le sujet, reconnaissent la nécessité de respecter le secret médical, mais dont ils ne définissent pas précisément les contours. Pour la médiatrice ADEF, par exemple, le cadre doit être le « secret partagé », « les infos médicales j'ai pas à les savoir », elle juge néanmoins qu'il peut y avoir des « informations utiles si danger ». L'éducatrice de l'HDJ, accepte de dire si une personne est suivie ou non sur le secteur en groupe logement mais ne donne pas de précision quant aux professionnels qu'elle voit ni à la fréquence des prises en charge, elle transmet parfois des informations de caractère non médical aux partenaires en qui elle a le plus confiance en dehors des séances afin de ne pas les faire partager à l'ensemble du groupe. Ce mode de faire est personnel et a été développé au cours de son expérience de coordinatrice du groupe.

#### *Des positions divergentes sur l'anonymisation*

Les acteurs sont divisés sur la possibilité de pouvoir examiner les situations en citant les noms des personnes. Pour certains ayant déjà des expériences de collaboration entre institutions cela est nécessaire pour pouvoir être efficace, « le nom est indispensable » (CCAS), « l'anonymat n'a pas de sens » (CLIC). Le PLIE par contre souhaite que l'anonymat soit respecté lors des réunions, tandis que pour l'UNAFAM les noms ne doivent pas être mentionnés uniquement dans les comptes rendus ni dans les communications en dehors des rencontres.

#### *Peu d'éléments sur les relations CLSM – public*

Peu d'acteurs ont cité l'obligation du CLSM envers les citoyens du territoire considéré, « les personnes doivent savoir qu'on parle d'elles sauf en cas de danger » (club de prévention), « transparence » (PLIE), « faire de la publicité pour ce qui est publique, en particulier le fonctionnement » (directrice CMS).

#### *Les relations entre partenaires*

Le respect entre membres du CLSM a été cité comme une nécessité éthique par certains acteurs : « respect des collègues » (ergo HDJ), « respect des missions des uns et des autres (AS CSAPA), tandis qu'une attitude de « tolérance » (cadre sup) et d' « ouverture » (PLIE) était souligné par d'autres. Les relations entre institutions doivent également faire l'objet d'accord entre hiérarchie (SPIP, éduc HDJ).

Enfin, certains acteurs n'ont pas donné d'éléments de réponse à la question portant sur l'éthique (GEM, médiathèque, MG, SPIP), par ailleurs la question n'a pas été abordée avec la Mission Locale (premier entretien réalisé suite auquel nous avons rajouté cet item au guide d'entretien)

## **Quatrième partie : Discussion**

### **1) La population de l'étude**

Notre étude a porté sur un terrain, l'ensemble des acteurs susceptibles de participer au CLSM, caractérisés par une multiplicité de professionnels, d'institutions et d'approches, dont les contours sont par conséquent peu définis. Au vu de nos possibilités pratiques pour la réalisation de cette étude, nous n'avons certainement pas pu arriver à la saturation du terrain au travers de nos entretiens. Nous avons pu néanmoins voir se dégager un large panel de problématiques ainsi que des redondances entre les acteurs. Ceci nous permet d'affirmer que les points soulevés sont d'importance sur le territoire considéré bien qu'ils auraient sûrement pu être plus finement caractérisés et leur liste allongée par des entretiens supplémentaires. On peut souligner ici un manque important qui est l'absence d'entretien avec un élu. L'importance de ceux-ci concernant la santé mentale en fait des acteurs essentiels des CLSM (CCOMS, ESPT, 2013). Par ailleurs les élus du territoire étudié étaient fréquemment cités par les autres acteurs comme des éléments décisifs des actions et partenariats.

### **2) La notion de santé mentale**

La notion de santé mentale est large et difficile à saisir, elle est indéterminée (Erhenberg, 2004). Le parti pris de cette étude a été de ne pas définir préalablement le concept lors des entretiens, ni de chercher à comprendre ce que les acteurs entendaient par ce terme car l'aspect des représentations de la santé mentale ne faisait pas partie de nos objectifs. On peut néanmoins remarquer que l'on retrouve auprès des différents acteurs les différentes dimensions de la santé mentale « négative » : pathologies mentales en particulier pour les acteurs du secteur psychiatrique, souffrance psychique liées aux conditions de vie en particulier pour les acteurs du social. Les acteurs dans leur ensemble n'ont quasiment pas fait référence à la santé mentale « positive » : « bien-être », « accomplissement de soi » etc. Cela peut être dû à l'absence de sensibilisation des acteurs à cette dimension ou au fait que sur le territoire considéré, socialement très défavorisé, cette problématique pouvait sembler de second plan. Cela nous amène à la considération, qu'en pratique et malgré son objet à priori plus large, le CLSM porte surtout sur les problèmes des personnes présentant des pathologies psychiatriques ou qui ont en tout cas l'étiquette « psychiatrique ». On voit ainsi que l'obtention de cette étiquette dans le groupe logement est essentielle pour la prise en compte

de la situation par ce groupe. On peut rapprocher cela également au besoin d'évaluation psychiatrique formulé par plusieurs acteurs du social qui leur semble un élément essentiel pour comprendre et pour pouvoir agir face aux situations. C'est donc la psychiatrie qui définit ce qui est du ressort de ce CLSM alors que, théoriquement, la notion de santé mentale recouvre des problématiques qui dépassent son champ d'action. Sont donc exclus les problèmes de souffrance psychique dus aux conditions de vie, ce qui semble être à l'origine d'une certaine tension : la souffrance psychique est pour les acteurs du social un problème majeur et fait l'objet de demandes pressantes, à laquelle la psychiatrie cherche à échapper. L'éducatrice de l'HDJ, par exemple, sursoit systématiquement ces réponses en cas de demande d'évaluation psychiatrique dans le groupe logement. Nous avons pu par ailleurs sentir cette tension lors des entretiens, la manière parfois quasi dramatique de décrire les difficultés rencontrées, résonnaient pour nous comme une demande à l'institution psychiatrique à laquelle ils savaient que l'enquêteur appartenait. Néanmoins si la santé mentale est une notion dépassant le cadre de la psychiatrie, le secteur ne peut être l'acteur désigné pour y répondre seul, un travail en interne de la problématique, en concevant les soins psychiatriques comme une réponse parmi d'autres permet d'y répondre. Le travail avec le secteur, préparé en amont et donc plus ciblé, devient alors plus facile, comme c'est le cas du foyer ADEF ou du PLIE. On peut néanmoins déplorer que le CLSM ne soit pas un lieu pour avancer sur la question de la réponse à donner à cette souffrance et que des réponses collectives autres que purement médicale n'aient pu y émerger. Pour cela il nous semble nécessaire de développer les échanges de pratiques, cela pourrait notamment avoir lieu sous la forme d'un sous-groupe « évaluation » où les différents partenaires, secteur psychiatrique compris, pourraient donner sur des situations précises proposées par le groupe, leur vision et les limites de leur action.

### **3) Les différents niveaux de partenariats**

A l'exception notable du médecin généraliste, les acteurs de toutes les institutions ont exprimé des attentes vis-à-vis des partenariats et ont peut dire qu'il existe chez tous une vision de ce qu'est le travail interinstitutionnel bien que celle-ci soit plus ou moins développée. En effet il nous semble que l'on peut dégager trois niveaux de partenariat auxquels correspondent trois niveaux d'interconnaissance entre institutions.

Le premier niveau est celui de l'interconnaissance personnelle simple entre acteurs. Les acteurs ont pu rencontrer ceux des autres institutions, en connaissent les noms et fonction ce qui favorise des relations de travail ponctuelles uniquement, dictées par les besoins immédiats. Les tensions entre institutions peuvent être apaisées par cette connaissance mais non pas travaillées en profondeur. Ce niveau est absolument nécessaire mais il est insuffisant (EHESP, 2012) notamment du fait du fait qu'il est personne-dépendant dans un champ où les changements de personnels sont très fréquents.

Le deuxième niveau est celui de la connaissance des pratiques de l'autre institution. Il se développe lors de rencontres répétées notamment lors de réunion sur des projets communs, des échanges de pratiques, des formations conjointes ou les stages chez les partenaires. S'appuyant sur la connaissance personnelle mais y ajoutant un enrichissement professionnel mutuel, il permet de surmonter les différences de cultures professionnelles « qui entravent le désir de coopérer entre ceux qui devraient devenir partenaires » (Demailly, 2011) et ainsi de penser et mettre en place des projets communs innovants. Ce type de partenariat reste néanmoins fréquemment liés à des personnalités plus investies au sein des institutions et par conséquent restent dépendant de leur présence à long terme et n'est pas forcément valorisé par l'ensemble des membres.

Le troisième niveau de partenariat correspond à une contractualisation formelle entre institutions. Cette modalité passe nécessairement par un accord entre hiérarchies et correspond alors à une reconnaissance institutionnelle pleine du partenariat et une intégration de celui dans la pratique du professionnel. Cela permet une consolidation du travail commun qui ne dépend plus des personnes présentes.

La majorité des acteurs interviewés était demandeuse d'un cadre propice pour pouvoir réaliser ces partenariats. Ce cadre semble, pour nous, se réaliser dans le sous-groupe logement, qui est un partenariat installé et formalisé, fonctionnant comme nous avons pu en être témoin même en l'absence de sa principale initiatrice (l'éducatrice HDJ). Notons par ailleurs que la formalisation n'empêche pas le groupe de continuer d'évoluer et d'intégrer de nouveaux membres. Le CLSM semble donc être en mesure de réaliser le cadre attendu, néanmoins il n'est pour le moment que très peu identifié comme une ressource potentielle par de nombreux acteurs hors sous-groupe logement. La prise de conscience de l'étendue des problèmes de santé mentale semblant avoir eu lieu sur le territoire, il manque la « construction sociale » d'une réponse de santé publique (Fassin, 2005). Il faut donc pour que le CLSM puisse être cette réponse, le faire exister activement dans le champ socio-sanitaire local, cela passe notamment

par de l'information sur sa structure, de la communication sur les actions organisées voir une recherche active de partenaires par « démarchage ». On peut conseiller de réaliser une plaquette du CLSM avec une brochure d'information, voire d'animer une newsletter. Une journée d'étude régulière pourrait également être un élément permettant de « concrétiser » le CLSM.

Ce travail nécessite certainement un investissement humain au départ mais il est nécessaire pour éviter le cercle vicieux amenant les secteurs moins dotés en personnel à être moins innovant en matière de coordination, « une des difficultés de la coordination, c'est qu'elle fait peut-être économiser du temps *ensuite* une fois qu'elle a atteint sa « vitesse de croisière » mais qu'elle demande pour être engagée et mise en œuvre dans ses premières phases des marges temporelles appréciables » (Demailly, 2011)

#### **4) Une « éthique » de CLSM encore peu explicite**

Les règles éthiques qui doivent encadrer la pratique du CLSM sont peu explicitées par les acteurs. Le projet du secteur psychiatrique, contenant notamment l'idée de CLSM a été rédigé en 2004 par le Dr Lavaud, chef de service, dans un document au titre évocateur « le patient citoyen », ce « manifeste » n'est néanmoins pas connu des acteurs en dehors du secteur et mériterait sans doute d'être réactualisé et diffusé. Le sous-groupe logement n'a pas de charte éthique pour le moment, ce qui a semblé très étonnant à d'autres acteurs dont l'UNAFAM. Cette question a néanmoins été soulevée lors d'une séance à laquelle nous avons assisté et on peut penser qu'elle est en train d'émerger.

Plusieurs acteurs ont fait référence à la notion de « bienveillance » ou des notions s'y rapprochant qui devait guider les actions du CLSM ainsi qu'à un nécessaire partage d'information rendant plus floue la notion de secret médical. Cette position semble poser comme principe que devant une personne en difficultés, il est éthique d'être pragmatique pour être plus efficace dans l'aide. Cette position semblait également être du Dr Chaltiel, chef du secteur de Bondy, qui lors d'une intervention de la session parisienne du DIU justifiait une vision large du secret médical en situation de partenariat à peu près dans ces termes : « le secret médical doit servir l'intérêt du patient, il ne doit pas servir à protéger le médecin de ses responsabilités ». La limite de cette conception de l'éthique est que dans ce cas ce sont les professionnels qui pensent déterminer ce qui est l'intérêt du patient sans que celui-ci soit nécessairement consulté, alors même que pour cet ensemble d'institutions d'englobement

totalisant de l'individu n'est pas absent. Le risque existe de voir malgré une ouverture de l'asile se reformer au dehors des mécanismes qui fonctionnait dedans (Castel, 1971).

## **Conclusion**

Au total, cette étude nous permet de dégager plusieurs points importants sur le CLSM étudié. Celui-ci, malgré des réalisations d'ampleur non négligeable est encore peu identifié par les nombreux acteurs locaux. Néanmoins l'existence d'un tel dispositif ne peut prendre sens pour ceux-ci qu'à partir du moment où a émergé en interne la problématique de la santé mentale, ce qui semble un cas aujourd'hui assez répandu. La construction du CLSM dépend donc aujourd'hui fortement de possibilités pratiques et l'embauche d'un coordinateur permettrait de décharger les différents acteurs de contraintes organisationnelles qui pèsent aujourd'hui sur le développement. Dans le contexte actuel de ressources limitées un investissement de ressources, qu'elles soient financières ou humaines, peut sembler un effort trop important, néanmoins au vu des conséquences sociales et institutionnelles des problèmes de santé mentale, une « politique de l'autruche » peut s'avérer à terme bien plus coûteuse.

Enfin malgré la perspective très locale prise par cette étude, nous avons pu essayer de dégager des considérations sur les partenariats et de l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé mentale qui sont de portée plus générale.

## **Bibliographie**

- Blanchet A. & Gotman A. (1992) *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*, Paris, Armand Colin
- Castel R. (1971) L'institution psychiatrique en question, *Revue française de sociologie*, (Vol 12) 1, p.57-91
- Demailly L. (2011) *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte
- Ehrenberg A. (2004) Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale, *Revue française des affaires sociales*, (Vol n. 1, p 77-88)
- Darquenne R. (1990) « L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le Régime de Vichy », *Revue Belge de Philosophie et d'Histoire*, (Vol.68, n°4).
- Fassin D. (2005) *Faire de la Santé Publique*, Rennes, éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- Fassin D. (2006) « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute » Une configuration sémantique de l'action publique, *Politix* (Vol. 73, p. 137-157)
- Finkelstein C. (2009) La Fnapsy, son histoire, ses actions, *L'information psychiatrique*, (Vol 85, p. 799-802)
- Foucault M. (1974) *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, « Hautes Etudes » Seuil/Gallimard
- Henckès, N. (2005) « Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement" », rapport pour le programme Sciences biomédicales, santé, société, Mire/Inserm/CNRS
- Joubert M. (2002) Une approche sociologique de la santé mentale, *La santé de l'Homme*, (Vol 359, p.6-9)
- Jourdan D., O'Neill M., Dupéré S., Stirlin J. (2012) Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique* (Vol 24, p. 165-178)
- Lovell A. (2005) « Etude sur le champ de la surveillance de la santé mentale » rapport pour l'Institut national de Veille Sanitaire, <http://www.invs.sante.fr/>
- Piel E. & Roelandt J-L (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission
- Postel J. & Quétel C. (1988) *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, rééditions de 2004 par édition Dunod
- Quelle place pour les conseils locaux de santé mentale dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ?* (2012) Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) – module interprofessionnel de Santé Publique

## **Annexes**

### *Annexe 1. Guide d'entretien*

#### **Problématiques spécifiques à la santé mentale rencontrées au cours de l'exercice de sa fonction**

Lorsque vous exercez votre fonction auprès de personnes que vous savez avoir des problèmes de santé mentale ou qui semblent manifestement en avoir, rencontrez-vous des difficultés particulières?

Si oui lesquelles ?

De quelle(s) ressource(s) disposez-vous pour faire face à ces difficultés ?

Quelle(s) aide(s) vous permettrai(en)t d'être plus efficace dans l'exercice de vos fonctions auprès de ces personnes ?

#### **Participation actuelle et passée au CLSM**

De par votre statut sur le territoire, vous pouvez potentiellement participer aux actions du CLSM, est-ce le cas ?

1) Oui actuellement 2) Oui par le passé 3) Non jamais

Si 1) Depuis quand participez-vous ? .....

Quelle a été votre participation au sein du CLSM ?

- Groupe de travail, lequel.....
- Comité de pilotage
- Assemblée générale
- Autre, précisez.....

Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de cette participation ?

Cette participation a-t-elle répondu à vos attentes ?

Trouvez-vous des inconvénients à cette participation ? Lesquels ?

Quelle(s) amélioration(s) faudrait-il apporter au dispositif ?

Si 2) Quelle a été votre participation au sein du CLSM ?

- Groupe de travail, lequel.....
- Comité de pilotage
- Assemblée générale
- Autre, précisez.....

Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de cette participation ?

Pourquoi avoir arrêté d'y participer ?

Seriez-vous prêt à participer de nouveau ?

Sur quel(s) type(s) d'action ?

Quelle(s) amélioration(s) faudrait-il apporter au dispositif ?

Si 3) Pour quelle raison ne participez-vous pas au CLSM ?

- Manque d'information
- Manque de temps
- Absence de besoin
- Autre, précisez.....

Seriez-vous prêt à participer ?

Sur quel(s) type(s) d'action ?

Quel type de partenariat avez-vous mis en place ?

Sont-ils satisfaisant ?

### **Attentes vis-à-vis des partenaires**

Dans la liste d'acteurs locaux suivant, indiquez ceux avec lesquels un partenariat vous paraît nécessaire, dans le but d'améliorer votre travail/soutien auprès des personnes de problèmes de santé mentale.

Secteur psychiatrique

Elus locaux

Services techniques de la mairie

Services sociaux (CCAS, EDS,...)

Services médico-sociaux (SAVS, SAMSAH...)

Police

Justice (SPIP, UDAF,...)

Associations d'usagers de la psychiatrie

Associations de famille d'usagers

Associations de quartiers

Médecins généralistes

Bailleurs sociaux

Mission locale

Conseil général

Autres

En cas de réponse affirmative, indiquez brièvement ce que vous attendez d'un tel partenariat.

Cette coordination vous paraît-elle actuellement réalisable ? Si non, pourquoi ?

### **Modalités de participation**

Quels conditions éthiques doivent être remplies (professionnelles et/ou personnelles) ?

Une participation à un groupe de travail vous paraît-elle possible ?

- Oui, régulièrement
- Oui, mais participation ponctuelle uniquement
- Non

Quelle(s) autre(s) modalité(s) de participation vous semble(nt) possible(s) et efficace(s) ?

Les RESAD (Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté) sont des cellules permettant d'analyser et d'agir sur des situations psycho-sociales complexes. Un dispositif similaire vous semblerait-il utile ? Avec quels partenaires ?

Annexe 2. Fiche de synthèse d'entretien

Entretien :

**Problématiques en lien avec la santé mentale :**

Par les personnes

Par les aidants

Réponses apportées

Manques identifiés

**Relations entre institutions**

Liens de travail ponctuels

Partenariats formalisés

Participation au CLSM

Contenu partenariat

Ethique

Formes de collaboration

Annexe 3. Tableau des acteurs interviewés

<b>Fonction</b>	<b>Institution</b>	<b>Description</b>
Educatrice	Secteur (hôpital de jour)	
Ergothérapeute	Secteur (hôpital de jour)	
Educateur	Secteur (centre d'accueil et de crise)	
Cadre supérieure	Secteur	
Assistant social	Centre Henri Duchesne (CSAPA) à Choisy-le-Roi	Centre médical spécialisé dans la prise en charge de l'alcoolodépendance
Médecin généraliste	Cabinet libéral à Orly	
Responsable Chargée de mission (psychologue)	Délégation UNAFAM 94	Association de famille d'utilisateur de la psychiatrie
Président	Social Art Postal Club (GEM)	Association d'utilisateurs de la psychiatrie
Conseillère	Mission Locale d'Orly/Villeneuve-le-Roi/Ablon	
Responsable affaires sociales	Centre communal d'actions sociales (CCAS) d'Orly	
Directrice	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)	Mission d'information et d'accompagnement des publics de plus de 60 ans
Responsable	Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE) de Choisy-le-Roi	Structure publique d'aide à l'emploi, l'insertion et la formation.
Commissaire adjoint	Commissariat de Choisy-le-Roi	
Directrice	Centre Municipal de Santé de Choisy-le-Roi	
Conseillère territoriale	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)	
Responsable	Association ALCEJ	Club de prévention spécialisée pour jeunes de 16 à 25 ans
Assistante directrice	Médiathèque municipale de Choisy-le-Roi	
Médiatrice sociale	Foyer ADEF de Choisy-le-Roi	Résidence sociale

Annexe 4. Tableau des participants au sous-groupe logement

Institution	Membres
Secteur psychiatrique	Educatrice de l'HDJ (coordinatrice du sous-groupe) 2 assistants sociaux 1 médecin en charge de la précarité (depuis 04/13)
Mairie de Choisy-le-Roi	Service logement Service santé Médecin de santé publique
Mairie d'Orly	Assistante sociale CCAS Elue en charge du logement
Mairie de Villeneuve-le-Roi	Service logement Service hygiène et salubrité Elue au logement
SAVS	Directrice
Valophis (bailleur social)	Travailleuse sociale
APSI (association de réinsertion)	directeur

*Annexe 5. Liste des abréviations*

AS : assistant social  
CAC : Centre d'accueil et de Crise  
CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociales  
CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé  
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination  
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CMS : Centre Municipal de Santé  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSSM : Conseil de Secteur de Santé Mentale  
ESPT : Elus, Santé Publique et Territoires  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
HDJ : hôpital de jour  
MG : médecin généraliste  
PLIE : Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale