

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE

PARIS – LILLE – MARSEILLE

SANTE MENTALE DANS LA COMMUNAUTE : études et applications

Mise en œuvre d'une politique de santé mentale communautaire : évaluation des besoins des partenaires et implication des élus dans la mise en place du Conseil Local de Santé Mentale.

Suivi tuteur : Andr ea MICHEL

ETELLIN Martine

FRAY Serge

Septembre 2013

Sommaire

Avant-propos	p 3
Introduction	p 5
I. Axes opérationnels sur le territoire d'Aix-les-Bains	p 8
A. Mise en place de l'ASV.....	p 8
1. Inégalités sociales de santé.....	p 8
2. Définition de l'ASV.....	p 9
3. Cadre et analyse des besoins	p 10
a. Objectif du diagnostic.....	p 10
b. Population et procédure.....	p 10
c. Conclusion.....	p 10
B. Création du GEM Horizon 73.....	p 11
1. Historique des GEM.....	p 11
2. Orientation du GEM Horizon 73.....	p 13
C. Secteur psychiatrique du bassin aixois.....	p 14
D. Dynamique territoriale du bassin aixois.....	p 16
E. CLSM d'Aix-les-Bains.....	p 18
1. Fonctionnement du CLSM.....	p 20
a. Assemblée plénière.....	p 21
b. Comité de pilotage.....	p 22
c. Commission technique.....	p 22
d. Groupe de concertation.....	p 24
2. Territoire concerné.....	p 26
II. Enjeux et perspectives	p 27
A. Quelle place pour les élus dans la politique de santé mentale ?.....	p 28
B. Méthodologie de l'enquête.....	p 29
C Résultats.....	p 30
III. Discussion	p 34
Conclusion	p 39
Annexes 1 : Bibliographie / Glossaire	p 41
2 : Convention/ Charte/ Règlement de fonctionnement/ Organigramme/.....	p 42
Liste des partenaires/ Plaquette CLSM/ Plaquette élus/ Questionnaire/	
Fiche de poste coordinatrice	

Avant propos, définitions de la notion de SANTE...

Extrait de la constitution de 1946 :

La santé¹ : « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et le loisir. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence....* »

Extrait de la charte d'Ottawa :

La santé² : « *est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être...*

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de vie.

Les facteurs politiques, économiques, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé.

La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées...

La promotion de la santé va au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard...

¹ Extrait de la constitution des droits de l'homme de 1946

² Extrait de la charte d'Ottawa, première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986

Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS):

La santé mentale : *« est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté ».*

Jean Furtos, directeur de l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion – Observatoire National en Santé Mentale et Précarité. (ORSPERE – ONSMP)

La santé mentale³: « est la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même ».

³ Furtos « la santé mentale en actes. De la clinique au politique »

Introduction

Les altérations plus ou moins graves de la santé mentale, entraînent des troubles du comportement. Ce sont des affections qui « *perturbent la pensée, les sentiments ou les conduites d'une personne de façon suffisamment importante pour causer une souffrance psychique plus ou moins importante et rendre – selon le trouble en question et degré de gravité – sa créativité, son intégration sociale et professionnelle problématique⁴* ».

La réputation des personnes souffrant de troubles psychiques est entachée et la médiatisation favorise souvent les amalgames et les idées reçues sur la maladie mentale. Les sentiments de stigmatisation, de méconnaissance et de crainte du psychique sont d'autant plus renforcés par des représentations très anciennes sur la maladie mentale. Cela contribue d'ailleurs à un risque supplémentaire d'altération de la réputation des personnes atteintes de troubles psychiques qui se retrouvent fortement stigmatisées et discriminées au sein de la société actuelle.

Le rejet est souvent l'expression brutale dans diverses situations sociales telles que la recherche d'emploi ou d'un logement par exemple.

Le fait est, aujourd'hui, que les craintes et les méconnaissances sur les maladies psychiques (altération de la santé mentale) perturbent les interactions entre les individus.

Repli sur soi, isolement sont alors les conséquences de l'éloignement progressif des amis, voisins, collègues... les perturbations du rapport à l'autre et l'enfermement dans la maladie peuvent alors conduire l'individu vers une rupture totale du lien social.

Comment le partenariat des acteurs locaux prend-il alors tout son sens pour lutter contre l'exclusion et comment le collectif devient force de propositions pour mettre en place des actions en lien avec la santé mentale, centraliser l'information du terrain, reposant ainsi sur un travail coopératif et amenant la mise en œuvre d'un Contrat Local en Santé Mentale (CLSM)?

En parallèle les élus sont destinataires de nombreuses sollicitations à leur niveau.

⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_mental (définition grand public)

Celles-ci concernent de plus en plus des situations complexes de souffrance psychique⁵ touchant directement ou indirectement tous concitoyens. Et, ces situations sont de plus en plus liées à l'insertion, l'exclusion, la discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles du comportement.

Concernant la santé mentale, les maires sont impliqués à plusieurs niveaux. D'une part, ils disposent d'un pouvoir d'hospitalisation d'office (maintenant appelé Soins à la Demande du Représentant de l'Etat) en cas de « *danger imminent pour autrui ou pour la personne elle-même* » ou trouble à l'ordre public.

Résumé de la loi du 5 juillet 2011

Pour une « *personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public* »

2 cas:

Art. 3213-1: arrêté préfectoral et certificat médical circonstancié

Art.3213-2: arrêté du maire et certificat médical circonstancié

Rythme des certificats: 24h, 72h, 8^{ème} jour, mensuel

Si le Préfet refuse la demande de levée de mesure de soins demandée par le psychiatre

-> Avis d'un 2nd psychiatre dans les 72h

D'autre part, les élus se retrouvent souvent en première ligne, en parallèle des professionnels, en étant confrontés à la souffrance de leurs administrés : difficulté des habitants à cohabiter, souffrances liées à des situations de précarité, d'exclusion et usagers de la psychiatrie insuffisamment accompagnés « globalement hors les murs », difficultés d'accès aux soins et à leur suivi....

Ils ont, du fait de la spécificité de leur mandat⁶ à maintenir l'ordre public c'est-à-dire le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique.

⁵ Souffrance psychique : état de mal être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental (trouble de la personnalité, du comportement).

⁶ Code général des collectivités territoriales (CGCT): à maintenir l'ordre public c'est-à-dire le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique. Article L 3212-2 du code de santé publique

Ils ont un pouvoir d'interpellation, de convocation, de régulation, de médiation, d'impulsion et d'élaboration en ce qui concerne les situations, les réseaux et les initiatives en santé mentale, et en santé de façon plus générale.

Toutefois leur implication, au-delà de ces interventions, ne semble pas efficiente et ne permet pas de travailler en amont, en prévention sur les situations critiques connues.

La réalisation d'un diagnostic sur les besoins médico-sociaux des habitants et des acteurs, qui a mis en évidence les inégalités de santé, et la création d'un Atelier Santé Ville (ASV), a contribué à la mobilisation de partenaires pluridisciplinaires.

Parallèlement la création du Groupement d'Entraide Mutuelle (GEM) a permis de croiser la problématique « santé mentale » avec la démarche ASV et favorisé l'émergence du CLSM d'Aix-les-Bains.

Après une mise en œuvre rapide du CLSM, une sensation de ralentissement, voire de démobilitation des partenaires, est apparue. Comment redynamiser cette instance, qui est pertinente pour tous mais pas assez utilisée. Il semblerait que cette instance de réflexion soit principalement identifiée et connotée « étude de situation de " personne souffrant de maladie psychique" » et non élargie à des situations complexes plus générales (troubles du voisinage, précarité).

Doit-on poursuivre la dynamique territoriale en invitant les élus des communes environnantes d'Aix-les-Bains à solliciter le dispositif du CLSM (notamment la "cellule de gestion des cas complexes").

Comment mobiliser les élus ? Sont-ils prêts à solliciter la "cellule" ? Quelles sont les informations dont-ils disposent ?

Dans une première partie nous allons exposer l'environnement et les paramètres de réflexion amenant la mise en œuvre du CLSM sur la commune d'Aix les Bains.

Nous aborderons dans une seconde partie la question de la mobilisation des partenaires et plus particulièrement des élus dans le cadre d'une instance de concertation.

Nous présenterons alors les résultats des questionnaires complétés par les élus concernés et nous les discuterons.

I. Axes opérationnels sur le territoire d'Aix-les-Bains

A. Mise en place de l'Atelier Santé Ville

1. Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont encore très importantes en France, car même si l'OMS l'a classée première pour son système de santé, la France a pourtant les plus fortes inégalités sociales de l'Europe de l'Ouest devant la mort⁷.

En effet, les personnes en situation de précarité économique et sociale, meurent plus tôt, leurs problèmes de santé se développent de façon plus précoce et sont aussi plus marqués au sein des groupes de population socialement défavorisés. En d'autres termes plus les personnes sont pauvres plus elles ont un risque de mortalité, de morbidité et de handicap plus élevé. Ces inégalités sont déterminées par des inégalités de conditions d'existence, d'éducation, d'emploi, de loisirs, ces dernières vont agir sur les modes de vie, en particulier sur les comportements alimentaires, les pratiques à risque et l'exposition objective aux maladies et aux accidents. Etat de santé dégradé et précarité agissent l'un sur l'autre, la dureté des conditions de vie et leur prolongement dans le temps, peuvent induire, révéler, voire déclencher des pathologies latentes. Ce phénomène pourrait expliquer pourquoi il existe une si grande prévalence des pathologies dans les milieux défavorisés.

Ces inégalités peuvent aussi s'expliquer par le fait qu'il existe des spécificités dans l'accès aux soins des personnes « pauvres », le milieu social exerce une influence significative sur la nature de la consommation de soins. Un ménage ouvrier aura tendance à privilégier des dépenses hospitalières (urgence et consultation), et des dépenses chez un généraliste. A l'inverse un ménage de cadre aura d'avantage recours aux spécialistes et aux dépenses dentaires et d'optiques. De plus le non-recours aux soins des personnes aux faibles revenus, et cela malgré le développement de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de la CMU Complémentaire (CMUC), pourrait s'expliquer en partie par le décalage qui existe entre le dispositif classique de soins et les situations particulières des individus.

⁷ *Rapport sur la pauvreté*, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2005/2006 - Aiach et Fassin

L'accès aux soins et l'utilisation des services de soins dépendent généralement de la prédisposition de l'individu à utiliser ces services, de sa capacité à se les procurer et de son état de santé perçu et réel. Or les personnes de milieu plus modeste sont souvent moins informées sur les maladies et les circuits de soins.

Les difficultés d'accès aux soins et à la prévention, au-delà des facteurs économiques, dépendent aussi de facteurs psychologiques et sociaux, tels que les représentations sociales de la santé et des maladies (pratiques et croyances) qu'ont les individus ainsi que le rapport qu'ils entretiennent avec leur corps et leur santé.

2. Définition de l'Atelier Santé Ville (ASV)

Les ASV ont été développés à partir de 2000 dans le cadre du volet santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions. Ils ont pour objectifs de fournir un cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. **Ils sont l'interface entre les élus de la ville, la politique de santé de l'Etat et la Cité.**

Ils permettent la connaissance des dispositifs de soins et d'accès à la santé dans les quartiers, en facilitant l'expression des personnes sur leurs besoins et en menant un travail de coordination des acteurs. Ils sont des outils spécifiques du Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et **contribuent à la prise en compte des besoins de santé en s'appuyant sur l'analyse des besoins exprimés par la population elle-même lors du diagnostic.**

Les ASV ont aussi pour rôle le développement d'initiatives locales, telles que : la diversité des niveaux de programmation et d'interventions, des recherches de partenariats pluridisciplinaires.

Ils permettent la mise en place d'un dispositif adapté aux besoins de santé des populations vulnérables socialement.

Ils doivent ainsi faciliter l'accès aux droits sociaux, aux soins et à la prévention.

3. Cadre et analyse des besoins en santé

a. Objectif du diagnostic

La commune d'Aix-les-Bains s'est fixée comme objectif de réduire les inégalités sociales de santé sur son territoire, constatées par les élus et par les professionnels du champ sanitaire et social.

Dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), l'État, représenté par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), actuellement Direction Départementale de Cohésion Sociale et de la Protection de la Population (DDCSPP), le Délégué du Préfet et le Député Maire de la ville ont mandaté le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) pour la création d'un ASV en 2008, dont l'un des rôles est d'atteindre la population en situation de précarité économique et sociale : il s'agit de la population des quartiers visés par le CUCS, et de faire un état des lieux des besoins en matière de santé ainsi que de mesurer l'état de santé de ces populations.

b. Population et procédure

Une enquête a été menée par un cabinet conseil « Eneis Conseil » en 2008. La réactualisation des données est en cours d'élaboration (mai à octobre 2013).

- La première partie des données a été recueillie auprès d'un échantillonnage d'habitants des cinq quartiers désignés par la commune comme étant des territoires prioritaires dans le cadre du CUCS (2007-2012), par l'intermédiaire de questionnaires.
- La deuxième partie des données a été recueillie auprès des travailleurs sociaux travaillant au sein de ces quartiers susnommés.

c. Conclusion

L'enquête a montré que les conditions de vie (emploi précaire, chômage...), la qualité des relations sociales et le cadre de vie (logement...) en tant que déterminants sociaux, jouaient un rôle primordial dans l'amélioration ou la dégradation de la santé, pour la majeure partie des personnes interrogées.

Aussi la santé des habitants interpellent les questions de responsabilités « publiques » : intérêt général, accès aux droits, à la santé, égalité et accessibilité à la santé pour tous.

En ce sens, elle « s'appuie sur un certain nombre de valeurs, sur une éthique et sur une conception publique de l'accès au droit et à la santé » ...ainsi la santé réinterroge le fonctionnement de la société dans sa globalité, dans ses dimensions sociales, économiques, éducatives, voire même philosophiques et éthiques.

L'Atelier Santé Ville ayant donc pour « vocation » à mobiliser les professionnels du territoire autour d'une stratégie locale de santé, celui d'Aix-les-Bains a favorisé le repérage des acteurs du territoire, de leurs missions et de leurs actions. Ce repérage a été un préalable indispensable pour mobiliser les ressources locales et s'inscrire dans une démarche projet.

L'analyse du diagnostic cité ci-dessus a mis en exergue les difficultés, les freins dans l'insertion sociale, professionnelle, etc., des individus, souvent liées à l'altération de leur santé mentale.

B. Création du Groupement d'Entraide Mutuelle (GEM) Horizon 73

L'observation précédente permet de confirmer l'absence de réponse adéquate sur le territoire liée à la santé mentale.

C'est ainsi que 4 familles aixoises se sont concertées pour créer une association loi 1901, qui permettait, dans ses objectifs, de mettre à disposition des espaces de convivialité pour les personnes en souffrance psychique.

La parution de la loi du 11 février 2005 a fourni l'opportunité à cette association de créer un cadre législatif à cette initiative. Ainsi est né le GEM d'Aix-les-Bains.

1. Historique des GEM

Ces dispositifs ont été initialement créés par la loi du 11 février 2005⁸.

Par la suite, la circulaire du 29 août 2005 « *relative aux modalités de conventionnement et de financement des GEM* » fixe un 1^{er} cahier des charges quasi-identique à celui présenté dans le dernier arrêté du 27 juillet 2001.

⁸ Créés à la suite des articles 4 et 11 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005, dite « *loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ».

L'arrêté du 27 juillet 2011 les définit comme des « *association(s) d'usagers adhérents, dont l'objectif exclusif est de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide* ».

La circulaire du 29 août 2005 précise que les GEM sont des « outil(s) d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale des personnes en situation de grande fragilité ». Les GEM donnent donc enfin la possibilité aux individus de troubles psychiques de participer activement à la société. Un des objectifs principaux de ces associations est de permettre aux adhérents de prendre progressivement la responsabilité de ces associations.

Il y a aujourd'hui environ 330 GEM en France dont 27 en Rhône Alpes⁹.

Ces structures accueillent un public en situation de fragilité psychique (exemple : schizophrène ou bipolaire) qui est passé, pour une grande majorité, par un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) au cours de leur vie. Le but est d'aider ces personnes à sortir de l'isolement.

La vie dans le GEM doit permettre à ces personnes de se sentir mieux en partageant des moments en groupe. C'est un lieu, indépendant des soins, où les adhérents peuvent venir tisser des liens, discuter, faire des activités choisies et participer aux événements de la cité, s'ils le souhaitent.

Le GEM n'est pas une structure de prise en charge et de suivi mais un groupe fondé sur l'adhésion libre et volontaire des personnes. Il est donc proposé aux personnes d'adhérer à l'association qui leur procure l'aide d'animateurs salariés et de bénévoles.

Cela peut dans certains cas éviter une ré-hospitalisation. Les personnes qui sont accueillies dans les GEM sont souvent sensibles émotionnellement, manque d'envie et ont souvent des difficultés à gérer le stress de la vie quotidienne.

Le principal financeur est l'Agence Régionale de Santé (ARS) avec une subvention annuelle d'environ 75 000 € par GEM. Cette somme doit être utilisée pour payer les salariés et la location d'un local. A charge des GEM de trouver d'autres financements pour se développer.

⁹ Source Comité National Inter GEM 2012

L'association doit être gérée avec les usagers. Le Conseil d'Administration et le Bureau sont composés d'adhérents usagers, et d'adhérents bénévoles qui sont souvent des parents. L'objectif est de valoriser les adhérents usagers pour les aider à se sentir mieux.

Une particularité des GEM : le Parrain. C'est une personne morale qui est garante de la bonne conduite de l'association. La Présidence, pouvant être tenue par une personne touchée par la maladie psychique, le Parrain veille à ce que la philosophie du GEM soit respectée et que les finances soient bien tenues.

Au niveau national, plusieurs fédérations de GEM existent avec les influences plus ou moins fortes de chaque tête de réseau.

La santé mentale se répartit en trois têtes de réseau qui sont des fédérations nationales reconnues d'utilité publique depuis plusieurs dizaines d'années :

- ◆ UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles, créée en 1963, représente les familles)
- ◆ Croix Marine (créée en 1952, représente les soignants)
- ◆ FNAPSY (Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie, créée en 1992, représente les malades)

Cela ne facilite pas la lisibilité et montre un manque de structuration entre les GEM. C'est un point important à améliorer au moment où l'État pourrait diminuer les subventions accordées.

2. Orientation du GEM Horizon 73

A Aix-les-Bains, le GEM, dénommé Horizon 73, a été créé en mai 2008 par des parents et des personnes en situation de souffrance psychique.

L'association exerce ses activités dans le cadre administratif et réglementaire des GEM, prévu par la loi du 11 février 2005 et textes associés.

A l'identique des autres GEM, celui-ci est un espace collectif d'accueil et d'activités. Il tend à permettre aux adhérents de rompre leur isolement dans un esprit d'entraide, de partage et de solidarité entre les membres.

Il est donc proposé aux personnes d'adhérer à l'association qui leur procure l'aide d'animateurs salariés et de bénévoles.

La structure emploie deux salariés, un à mi- temps et un à plein temps. L'employé à temps plein est arrivé dans la structure au mois de février 2010 en tant qu'animateur- coordinateur. L'organisation de son travail se répartit entre 23 à 25 heures d'animation et 10 à 12 heures de coordination qui comprend de l'administratif, des réunions et l'élaboration du programme mensuel d'activités.

Situé en plein cœur de la ville, le GEM Horizon 73 est ouvert 6 jours sur 7 de 14h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 11h00 à 17h00 le samedi, soit 26 heures par semaine et compte une soixantaine d'adhérents.

C. Secteur psychiatrique aixois

Il est primordial de présenter le secteur psychiatrique du territoire concerné¹⁰ : ce secteur est dénommé 73 G02 et offre des infrastructures adaptées et proches des besoins de la population. La dotation en infrastructures est restée identique à celle initiée, début 2000, grâce à l'investissement considérable du médecin chef de secteur de l'époque et de sa conviction du « bienfait » du suivi en extra muros et communautaire.

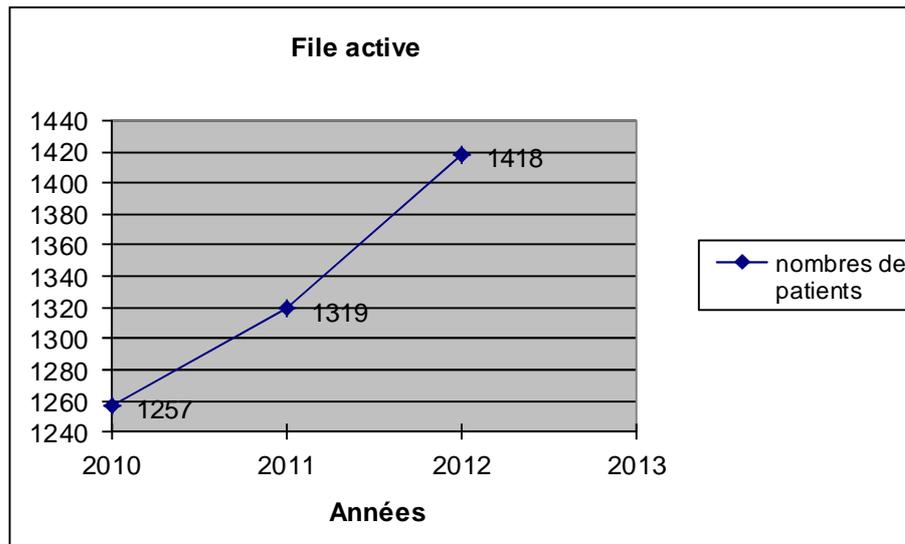
Le secteur psychiatrique 73 G02 couvre une population de 98 352 habitants répartis en 70 communes dont les communes de la communauté d'agglomération du lac du Bourget(CALB).

Il a une file active de 1418 personnes qui a augmenté en 2012 (1257 en 2010, 1319 en 2011) : soit une augmentation de 5% la 1^{ère} année et de 7,5% la 2^{nde} année.

Le recul n'est pas suffisant pour en déduire que ce phénomène est dû à l'application de la nouvelle loi sur les soins sans consentement.

L'analyse fine des causes n'a pas été menée, actuellement, par le secteur concerné.

¹⁰ Rapport annuel de gestion et d'évaluation de l'activité du CHS Alpes Savoie 2012



Ce secteur psychiatrique est rattaché au pôle de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Spécialisé Alpes Savoie.

Il est doté :

◆ En intra hospitalier

* d'une unité d'hospitalisations ouverte. Les admissions sont sous sectorisés : l'unité Bachelard accueille majoritairement les résidents d'Aix les Bains. La durée moyenne de séjour est de 34,8 jours. Les patients hospitalisés sous contraintes représentent 30,13% de la population accueillie au CHS alors que pour l'ensemble du département elle représente 32%.

Ce taux élevé peut expliquer pourquoi le 1^{er} CLSM de Savoie s'est constitué sur le bassin aixois. Les professionnels de terrain se sont rendu compte rapidement de la pertinence de mutualiser leurs moyens, en dépassant leurs missions respectives et de travailler en amont sur la prévention des situations complexes.

◆ En extra hospitalier

*Sur le secteur aixois

- Un Centre Médico-Psychologique (CMP) avec une file active de 868 patients (pour 2012)
- Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) avec une diminution importante de l'activité depuis 2010.
- Un hôpital de jour dont l'activité reste stable.

◆ La psychiatrie de liaison

Le secteur assure 0,50 ETP de présence médicale au sein du Centre Hospitalier d'Aix les Bains et 0,50 ETP de psychologue. Avec une file active de 261 patients l'activité est en augmentation

◆ La prise en charge des personnes âgées

Pour le secteur aixois un référent médical et deux référents infirmiers offrent des prises en charge plus spécifiques pour les troubles psychiatriques des personnes âgées.

Des temps de consultations sont proposés au CMP.

◆ Les placements familiaux thérapeutiques

Un médecin, deux infirmiers et un assistant social du service sont référents pour ces prises en charge. Ils suivent les patients et accompagnent les familles. Neuf patients bénéficient de ce type de prise en charge.

◆ Les activités transversales

L'équipe Mobile de Psychiatrie et Précarité (EMPP) est une équipe intersectorielle intervenant auprès des personnes présentant des troubles psychiatriques en situation de précarité et souvent d'exclusion. Le secteur 73G02 participe à cette activité à hauteur de 0,50 ETP médical

Ce secteur psychiatrique est donc un des secteurs où le travail de décloisonnement des soins a été innovant, précurseur de la santé communautaire.

D. Dynamique territoriale aixoise

Si l'on se réfère à la définition de la santé mentale de l'OMS elle englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles : le champ d'exploration est donc extrêmement large.

Les territoires peuvent-ils être des lieux d'élaboration et d'intégration des politiques publiques de santé cohérentes en matière de santé mentale ? Comment s'emparent-ils de cette question ? Quelles réponses apportent-ils ?

L'OMS suggère que la santé mentale est un « *état dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie communautaire. Promouvoir la santé mentale revient à développer un éventail de stratégies visant à l'améliorer* ».

Le champ des actions possible interroge donc fortement le rôle et la place de chacun. Ainsi ce sont les comportements mettant en jeu l'équilibre social qui amènent les territoires à s'intéresser aux questions de santé mentale.

Le réseau de santé mentale apparaît comme une réponse adaptée aux enjeux de santé mentale sur un territoire, mais au-delà de la prise en charge de situations aiguës, comment appelle-t-il une implication des acteurs dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé ?

Est-il légitime sur un territoire pour aller au-delà du soin, ou de l'accompagnement ?

De nouveaux supports d'une mise en commun des compétences sanitaires et sociales ainsi qu'une mise en pratique des politiques locales concernant la participation sociale et citoyenne des personnes en situation de handicap ont vu progressivement le jour dans quelques villes françaises dont Aix-les-Bains.

La mise en réseau des professionnels et des associations d'usagers de la psychiatrie a permis de partager ces constats et d'élaborer des réponses construites, d'imaginer de nouvelles formes de coopération.

Parmi eux la mise en place des Conseils Locaux de Santé Mentale .

Selon le rapport sur les recommandations pour l'élaboration d'un CLSM¹¹, « ...les CLSM sont des dispositifs locaux de concertation autour de problématiques liées à la santé mentale... ».

L'objectif des CLSM est de faciliter le partenariat entre les acteurs locaux.

Mais rien n'est vraiment possible sans la volonté politique et l'implication des élus dans cette instance.

Car le rôle des élus apparaît comme déterminant pour animer la politique locale de santé mentale par leur légitimité à réunir les acteurs (l'hôpital et la ville) et pour impulser des actions transversales (urbanismes, insertion, logement, santé...).

Ainsi au sein des collectivités , les élus des territoires se posent désormais de nouvelles questions concernant les réponses locales à apporter pour une cohésion sociale des habitants et l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les mutations législatives récentes en regard du concept de handicap¹² découlent d'une volonté politique plus soutenue d'inclusion et de participation sociale de ces personnes.

¹¹ Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale. Novembre 2012. Recommandations pour l'élaboration d'un CLSM. 6p

¹² Loi n°2005-102 du 11 février 2005, dite « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

E. CLSM Aix les Bains

Le CLSM d'Aix-les-Bains a la particularité d'avoir été initié et organisé par des professionnels de terrain qui ont la suite présenté leurs travaux aux institutions telles que la commune et le secteur psychiatrique afin qu'elles valident cette démarche et leur donnent de la légitimité

Le Conseil Local de Santé Mentale est donc devenu une instance de concertation et de coordination entre l'ASV, le secteur psychiatrique et le GEM ainsi que les différentes institutions partenaires.

Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale, des troubles psycho-sociaux de la population.

Le CLSM correspond à **un territoire de proximité** qui devrait être pertinent pour les acteurs locaux : infra-communal, communal ou intercommunal et pour les acteurs du secteur de psychiatrie, du Conseil Général.

Aix-les-Bains est une ville moyenne de 30 000 habitants qui connaît des difficultés sociales mais qui a également une vie associative riche et un partenariat très impliqué.

L'implication de la ville, sur la problématique santé, était déjà significative depuis la création de l'ASV en 2008.

La santé mentale était aussi une thématique prioritaire. Mais la mise en place du CLSM en 2011 a intensifié le partenariat entre services de psychiatrie publics, services sociaux et médico-sociaux, bénévoles des associations d'usagers de la psychiatrie et des aidants pour améliorer l'accompagnement social et l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques.

Travailler ensemble permet à chacun de poser ses propres représentations autour des mots « Souffrance psychique » et « santé mentale » et de clarifier le rôle de chacun.

Ainsi le réseau santé mentale est né d'une volonté de mieux travailler ensemble : mettre en réseau les professionnels et agir sur les situations complexes en organisant la mobilisation et les complémentarités entre les acteurs.

A partir du constat des difficultés et limites rencontrées par les structures en lien (direct ou indirect) avec le public en situation de souffrance psychique aixois (services sanitaires, sociaux, médico-sociaux et associations de représentants des usagers en santé mentale, le GEM Horizon 73 commence, en 2010, une démarche de projet : regrouper tous les partenaires autour de la santé mentale et créer un conseil local en santé mentale.

Compte-tenu des engagements entretenus par la municipalité pour améliorer et conserver un cadre de vie favorable à la santé de ses habitants, le GEM Horizon 73 s'appuie sur le dispositif ASV, dont l'objectif, en résumé, est de développer des actions participatives d'accès aux soins, de prévention et de promotion à la santé en faveur des habitants afin de réduire les inégalités de santé situées au cœur de leur vie quotidienne.

Devant la nouveauté de ce dispositif et la volonté d'intégrer le GEM dans la cité, le conseil d'administration a souhaité associer divers partenaires en créant un conseil technique élargi. Certains membres de ces instances étant déjà impliqués dans la réflexion globale des problématiques de santé, par l'intermédiaire de la démarche ASV, ont soumis l'idée de mutualiser les compétences de ces 2 instances et de créer un conseil local de santé mentale.

Un travail d'ingénierie sociale de la coordinatrice ASV et du président de l'association Transition (antenne locale de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine), parrain du GEM, aboutit alors à un projet de conventionnement entre le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Alpes-Savoie et la Ville d'Aix-les-Bains.

La Ville ne portant pas la mission santé opérationnelle, une délibération du conseil municipal octroie ce rôle au CCAS en date du **26 mars 2012**.

Une convention tripartite est alors signée entre la Ville, le CHS et le CCAS afin de déterminer l'engagement initial de chaque partie dénommée.¹³

De là le réseau a validé les documents, initiés par la coordinatrice, tels qu'une charte, un règlement de fonctionnement, une plaquette généraliste ainsi qu'une plaquette à destination des élus¹⁴....

Le principe de fonctionnement s'est basé sur une approche globale de l'individu et de son environnement.

¹³ document 1 - annexe 2

¹⁴ document 7 - annexe 2

Le réseau prévoit également la formation de professionnels afin de mieux repérer les situations à risque, d'améliorer leur acceptation dans la cité, voire anticiper les états de crise.

Le réseau participe depuis 2 ans à la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) : manifestation nationale qui tend à destigmatiser la maladie mentale et à intégrer les personnes souffrant de ces pathologies comme citoyens à part entière.

1. Fonctionnement du CLSM

Le réseau santé mentale d'Aix-les-Bains est donc le fruit de rencontres, où le GEM et les autres associations d'usagers sont partie prenante de toutes les instances du CLSM.

A l'origine de ce travail, nous trouvons **les difficultés de gestion et de prise en charge de situations liées à un problème de santé mentale rencontrées par les techniciens de la ville lors de leurs interventions sur des problèmes d'hygiène ou de nuisances dans l'habitat.....**

Tous ont reconnu en effet que leurs actions étaient limitées par l'absence de coordination entre les différents services de soins et avec les professionnels confrontés à la gestion de situations complexes. Tous semblaient convenir de la nécessité de développer une démarche commune afin

- d'optimiser la capacité des techniciens à repérer et appréhender les situations liées à un problème de santé mentale et à gérer au mieux le vis à vis, voire la relation, avec une personne qui souffre de troubles psychiques ;
- d'améliorer la gestion et le suivi de ces situations par la construction de modalités de collaboration avec des partenariats pertinents.

Ces constats ont abouti à l'idée de la **constitution du réseau partenarial en santé mentale** dont la finalité est d'améliorer la prise en charge de ces situations grâce au décroisement.

Les CLSM n'ayant pas de cadre légal mais suivent des recommandations incitatives notamment de l'OMS¹⁵, de l'association EPST...

Celui d'Aix-les-Bains s'est construit en fonction du travail de réflexion des membres constituants et selon des valeurs et concepts communs ainsi différentes instances ont vu le jour :

¹⁵ Les CLSM doivent répondre à la stratégie européenne de la santé mentale OMS Europe (conférence d'Helsinki 2005), à l'union européenne qui référence les CLSM depuis 2010 comme des outils techniques permettant de formaliser au niveau local des recommandations OMS, le plan santé mentale 2011-2015 et à la cour des comptes qui recommande de généraliser les Clsm.

a. Assemblée plénière

Elle est présidée par le député- maire ou l' élu le représentant (l' adjoint aux affaires sociales).

Elle rassemble les représentants légaux des institutions membres du dispositif ainsi que les divers représentants des instances « tutélaires » : ARS, Conseil Général (CG) du département, DDCSPP.....ainsi que tous les membres des différentes instances constituant le CLSM.

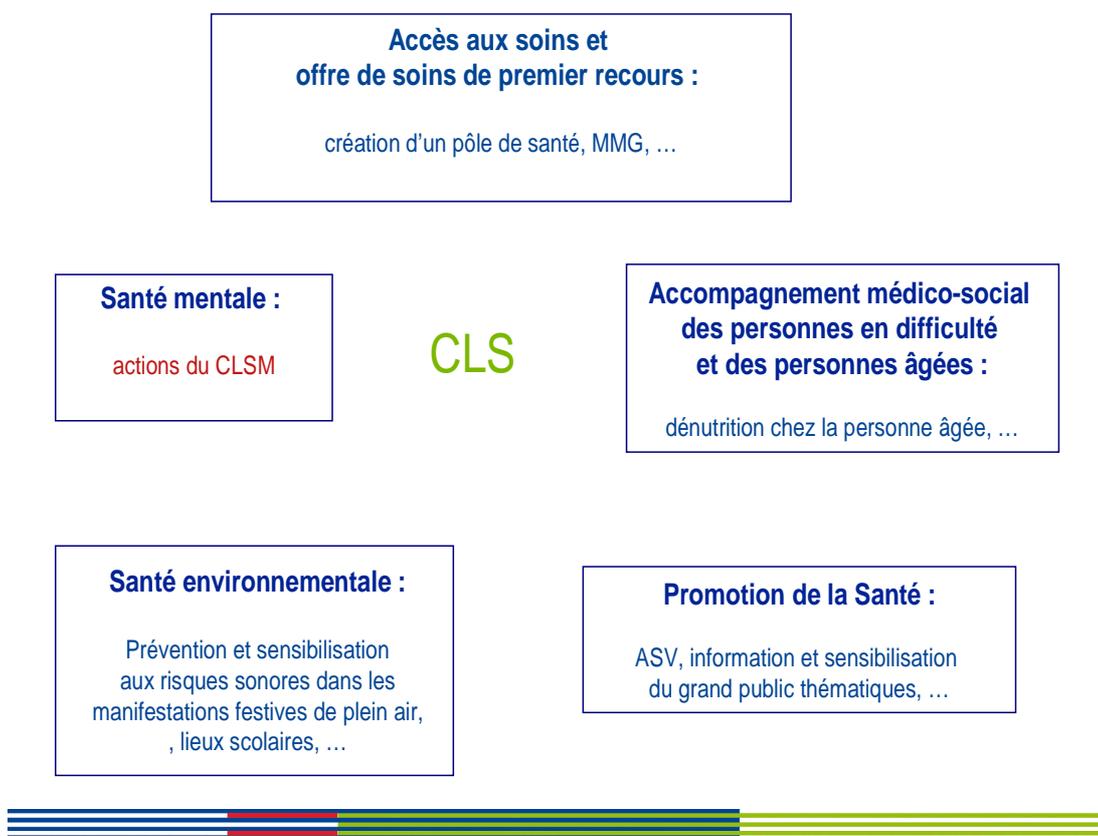
Elle permet de réaliser le bilan d' activité de l' année écoulée.

Elle est convoquée par le président du CLSM et se réunit à périodicité définie une fois par an.

Lors de la 1^{ère} assemblée plénière, ce diaporama, exposé par la déléguée de l' ARS 73, montre l' imbrication du CLSM comme un des axes de travail prioritaires de l' ASV dans le futur Contrat Local de Santé.

Extrait du diaporama présenté par la déléguée de l'ARS Savoie lors de l'assemblée plénière du 7.06.13

Exemple :



b. Comité de pilotage

Le comité de pilotage est présidé par l' élu aux affaires sociales, vice-président du CCAS.

Il est le garant du dispositif qui est porté administrativement par le CCAS.

Les représentants des usagers et des familles y participent pleinement.

D'autres professionnels sont membres du comité de pilotage : bailleurs sociaux, travailleurs sociaux, mandataires judiciaires, etc....

Le comité de pilotage définit les missions du CLSM et adapte les politiques nationales au territoire

- Il arrête les priorités en tenant compte des orientations de l'assemblée plénière, des données d'observation complémentaires et propose la création de groupes de travail.
- Il prévoit les modalités d'évaluation des actions à conduire.
- Il s'assure des règles éthiques et de confidentialité (voir charte et règlement de .fonctionnement en annexes

C'est la force de proposition, le lieu de discussion et de concertation.

c. Commission technique

La commission technique est un dispositif expérimental, mis en place avant toute formalisation officielle, qui a pour objet de coordonner les acteurs autour des troubles associés à la souffrance psychosociale.

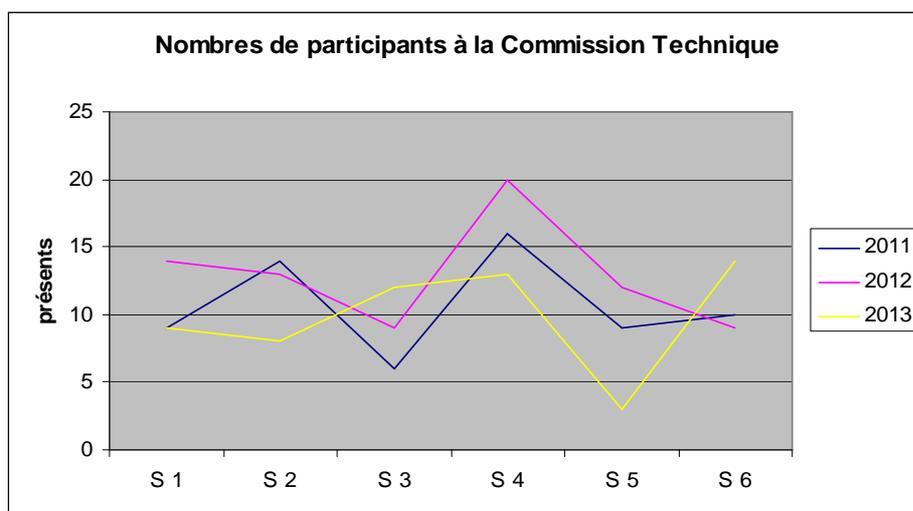
Elle a été créé dans un contexte de difficultés de gestion des troubles du voisinage, situations lourdes à la marge des missions de chaque intervenant. Son objectif est donc de réunir les professionnels et de créer une culture commune parmi les institutionnels.

La Commission technique mène une réflexion sur différentes thématiques de travail dont le logement, la précarité, les addictions...

Elle est composée des bénévoles et professionnels des associations d'usagers en santé mentale, des services logement de la ville d'Aix-les-Bains, des services emploi insertion de la ville, des associations en lien avec les addictions, des associations d'aide et structures d'hébergement pour les personnes âgées de la ville, des associations et structures sociales en lien avec les publics précaires, en lien avec la santé et des forces de l'ordre...

Cette année, nous avons évalué la phase expérimentale du dispositif afin de l'adapter et de l'étendre à tout le territoire (3 cantons aixois et les communes de la communauté d'agglos du Lac du Bourget).

Ce dispositif, inséré dans le tissu social local, a fourni la preuve de son intérêt mais aussi de sa difficulté à exister. La volonté de s'engager est essentielle mais d'autres conditions doivent être remplies également parce que l'élan de départ ne retombe pas devant les difficultés qui se présentent : une organisation maîtrisée, un cadre formalisé collégialement et des moyens humains insuffisants.



Quelques données du CLSM

1/2

Comité de pilotage (2 par an)

- ✚ 1 en 2011 (septembre)
- ✚ 2 en 2012 (juin-octobre)
- ✚ 1 en 2013 (janvier)

Commission technique (1 par trimestre)

- ✚ 5 en 2011 (février-mars-octobre-octobre-décembre)
- ✚ 8 en 2012 (janvier-février-avril-juin-septembre-novembre)
- ✚ 4 en 2013 (mars-mars-avril-mai-mai)

Assemblée plénière du 7 juin 2013

16

Ces 2 tableaux montrent la baisse de fréquentation des partenaires aux différentes commissions, essoufflement que nous aborderons ultérieurement.

d. Groupe de concertation

Celui-ci intervient sur toutes les situations problématiques complexes et non urgentes pour les professionnels de terrain. Ce dispositif opérationnel est facilement mobilisable.

L'objet de cette cellule se limite aux personnes adultes présentant des troubles de comportement, de refus de soins, etc., se mettant en difficulté ainsi que les professionnels. Elle intervient avant tout pour améliorer l'accès aux soins et le suivi.

Toutes les situations complexes devraient être adressées à cette instance de façon à traiter ces situations en amont plutôt que pallier au problème de l'accès aux soins par des actions « de crise. »

Cette instance a pour objectif d'apporter une réponse pratique aux acteurs de terrain (augmentation du nombre de saisines et des services prescripteurs, mobilisation des acteurs concernés...). Même si elle ne peut apporter de solutions à toutes les situations, elle assure leur prise en compte.

Le groupe de concertation est composé de **membres permanents** : représentants du Centre Médico Psychologique (CMP), des professionnels de la Délégation Territoriale (CG), de l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) Précarité du Centre Hospitalier Général (CHG) aixois et de la coordinatrice du CLSM, membre du CCAS.

Concrètement, le professionnel de terrain, ou tout autre acteur local, saisit la coordination par mail. La coordinatrice recense les éléments de la demande qui aboutira à une analyse partagée, rédige la convocation qui invite toute personne au fait de la situation. Ce rassemblement peut déboucher sur un plan d'action dans lequel les acteurs sont mis en lien.

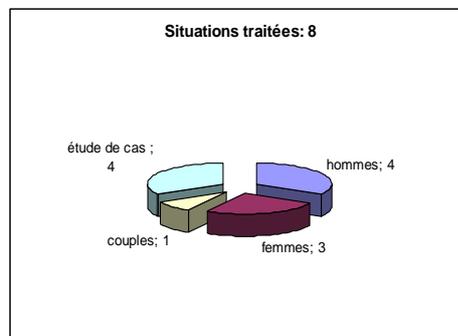
Cette instance semble tâtonner, se réajuster, se repositionner car les attentes et les investissements de chacun différent.

Données suite

2/2

Groupe de concertation

- ↳ 6 en 2012 (mars-avril-mai ; septembre-octobre-novembre)
 - 8 situations
 - 2 études de cas
- ↳ 2 en 2013 (janvier-février)
 - 2 études de cas



Sur les 8 situations 7 étaient connues par le secteur psychiatrique (CMP, médecin psychiatre, etc...)

Assemblée plénière du 7 juin 2013

17

Nous pouvons constater que le groupe de concertation , en 2012, s'est réuni régulièrement sauf pendant la trêve estivale.

A l'opposé , en 2013, un désinvestissement est apparu avec 2 séances en début d'année.

Il semblerait que la dynamique initiale soit restée trop micro d'où notre recherche de DIU sur la réponse aux besoins des partenaires et l'investissement des élus.

L'absentéisme" à cette instance, qui est plus une cellule d'aide à l'orientation des situations difficiles (COADIF)¹⁶, nous interroge quant à la réponse qu'elle apporte aux partenaires, est-elle adaptée, son fonctionnement est-il assez clair?...

Nous pouvons aussi nous questionner sur les enjeux institutionnels et politiques de ce groupe de concertation. Ces temps de mise en commun ne sont-ils pas redondants avec certaines réunions du Conseil Général, par exemple, qui intervient sur le champ des personnes âgées et des personnes handicapées?

¹⁶ Pratiques en santé mentale n°3 p 23

2. Territoire concerné

Le choix du territoire a été défini par les partenaires, et validé par les membres institutionnels du Comité de pilotage.

Le territoire ainsi délimité, pertinent, est celui commun au Conseil Général (délégation territoire d'Aix-les-Bains) et du secteur psychiatrique (aixois).

Il s'étend bien au-delà du périmètre urbain, englobant ainsi les communes de la Communauté d'Agglomération du Lac du Bourget (CALB) et des 3 cantons aixois (Aix Nord, Aix Centre et Aix Sud).

Ce panachage de communes rurales, semi rurales et urbaines (de 91 habitants à plus de 4000) intensifie la diversité des problématiques et l'utilisation des outils mis en œuvre au niveau de la « commune mère : Aix-les-Bains »

Carte du territoire concerné par le CLSM



II. Enjeux et perspectives

La souffrance psychosociale qui s'exprime aux élus, les constats, les sollicitation institutionnelles ou provenant des habitants, les interpellent dans leur fonction de régulation du bien vivre ensemble.

Dans un souci de développer une approche transversale des problématiques, et conformément aux incitations réglementaires récurrentes, la création en 2011 d'un Conseil Local de Santé Mentale a formalisé tout un travail de fond déjà engagé.

Conçu comme une instance de concertation et de coordination, le Conseil Local de Santé Mentale d'Aix-les-Bains est résolument partenarial et participatif.

Le Conseil Local de Santé Mentale vise à améliorer la prise en compte de la souffrance psychique dans la Cité, engageant la diversité des acteurs locaux.

Donc, bien que la santé mentale ne soit pas une compétence légale obligatoire des villes, les municipalités peuvent investir volontairement le champ de la santé en agissant sur les facteurs de santé.

Concernant la santé mentale les maires sont impliqués à plusieurs titres parce qu'ils disposent d'un pouvoir d'hospitalisation psychiatrique provisoire en cas de danger imminent pour la « sûreté des personnes » mais surtout parce qu'il sont destinataires de plaintes et sollicitations concernant les situations complexes de souffrance psycho sociales touchant leurs concitoyens. En effet les maires et leurs adjoints sont fréquemment interpellés sur des questions liées à la santé mentale, la souffrance psychique, la maladie psychiatrique, et ceci par de multiples entrées : troubles du voisinage, insertion, souffrance scolaire, cohésion sociale, incivilités, difficultés d'accès et de maintien dans le logement, d'accès à l'hébergement.

Le problème du vieillissement de la population est peu pris en compte. En effet le vieillissement mal anticipé entraîne des situations très dégradées au domicile et des prises en charge en phase aigue délicates et souvent tardives.

Aussi le CLSM peut s'appuyer sur la mise en place d'une équipe mobile de géroto psychiatrique (EMGP), qui est expérimentale sur le bassin chambérien mais qui peut intervenir sur le département, à la demande.

A. Quelle place pour les élus dans les politiques de santé mentale ?

Un an après sa création, le travail multi partenarial a pris forme. L'ensemble des échanges a favorisé le lien entre acteurs. Toutefois, ce travail partenarial n'a de sens que s'il devient un outil incontournable pour tout acteur, notamment les élus.

Face aux problèmes liés à la santé mentale, les acteurs de terrain ne sont que peu ou pas informés des possibilités de prise en charge médico-sociale. Se multiplient alors les plaintes du voisinage et les interpellations des élus locaux et des services publics pour des recours à des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SPDRE) lorsque ces situations semblent relever de la santé mentale.

Les troubles sont présentés par des personnes fragilisées, en crise psychosociale ou en situation de précarité. Certaines situations demeurent sans réponse, s'aggravent et mettent l'ensemble des acteurs en situation de crise.

On constate pourtant dans ce domaine une relative absence des élus.

- les collectivités territoriales ont peu de compétences en santé. Les communes interviennent à travers les pouvoirs de police du maire pour assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité, la salubrité publique

Les élus sont interpellés sur la scène de la psychiatrie publique que par l'intermédiaire de celle de la santé mentale, à travers le handicap psychique, le logement, l'aménagement urbain, l'hygiène et les libertés du citoyen. Ils se positionnent comme des fédérateurs aidant à régler la problématique centrale : la cohésion sociale.

L'élaboration de dynamiques territoriales cohérentes avec les politiques de santé est freinée par plusieurs obstacles :

- le positionnement des élus et leur manque de compétences directes en matière de santé
- la multiplicité des acteurs et des niveaux ainsi que les difficultés à les mettre en lien
- la représentation de la maladie mentale et les problèmes de stigmatisation des personnes qui en souffrent.

Le groupe de concertation actuel correspond à un lieu géographique urbain. Il est constitué des acteurs qui le composent et prend en compte l'histoire partenariale du territoire. C'est-à-dire qu'il n'est pas identique d'un lieu à l'autre. Il ne peut pas fonctionner de façon similaire. Les problématiques rencontrées ne seront pas liées aux mêmes causes sociales mais l'objectif principal est le même: que chaque participant apporte, à son niveau, une bribe de solution.

Il s'agit de mettre le doigt sur un problème, parfois minime, qui bloque l'évolution de la situation, sur un bien-être, de se pencher sur le quotidien de la personne pour parfois débloquer la situation qui aurait pu dégénérer.

B. Méthodologie d'enquête

Ces problématiques concernent normalement toute «la communauté d'agglomération» mais concrètement, les maires alentours s'y investissent peu.

En fonction de ces facteurs d'observation, comment trouver les leviers quant à l'investissement des élus ? Les mobiliser et les faire adhérer à l'outil « CLSM » ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous avons choisi d'interroger les élus du territoire aixois concernés (34) par le biais d'un questionnaire. D'un point de vue méthodologique, l'idéal aurait été de pouvoir mener des entretiens en face à face avec chacun d'entre eux. Cependant, par manque de temps et de moyens humains, nous avons eu recours à un questionnaire¹⁷ composé de questions fermées dont voici les principales

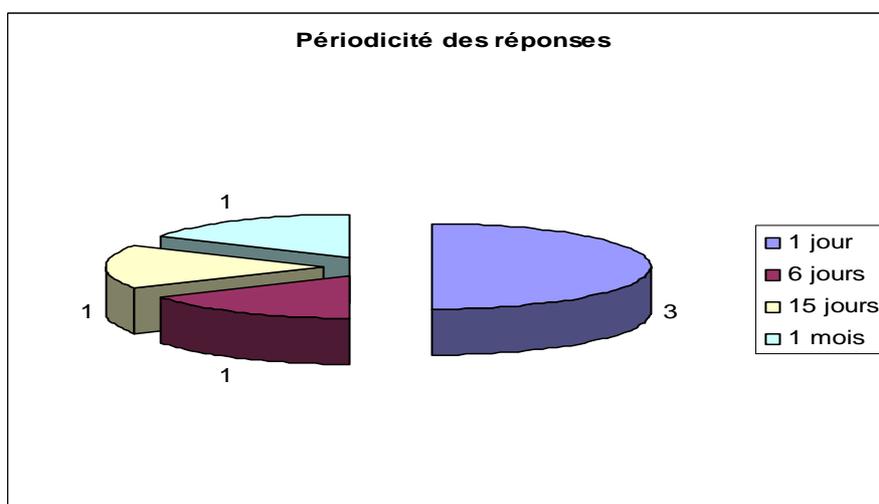
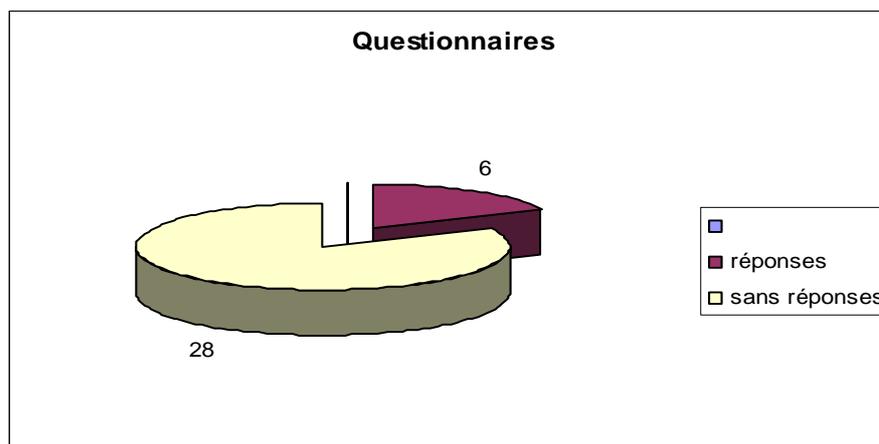
- Quelle est l'importance de la santé mentale dans votre pratique d'élus ?
- Quelle réponse a été donnée face à des situations complexes ?
- Quelle connaissance avez-vous du CLSM ?
- Souhaiteriez-vous vous impliquer dans le développement de cette instance ?

Le rôle du premier magistrat d'une commune étant primordial, et en première ligne, ce questionnaire a été envoyé en date du 3 juillet et par mail (accompagné par la plaquette de présentation du CLSM). Une confirmation de lecture a été demandée à réception du courriel. Toutefois aucune relance n'a été possible compte tenu de la charge de travail.

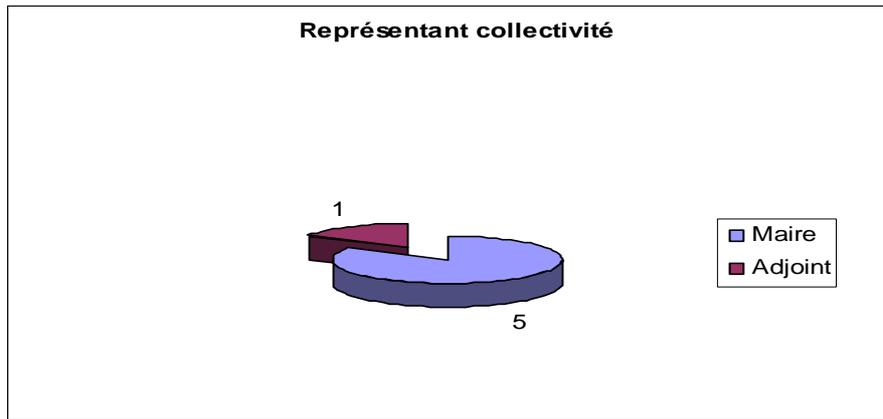
¹⁷ document 8 - annexe 2

C. Résultats de l'enquête

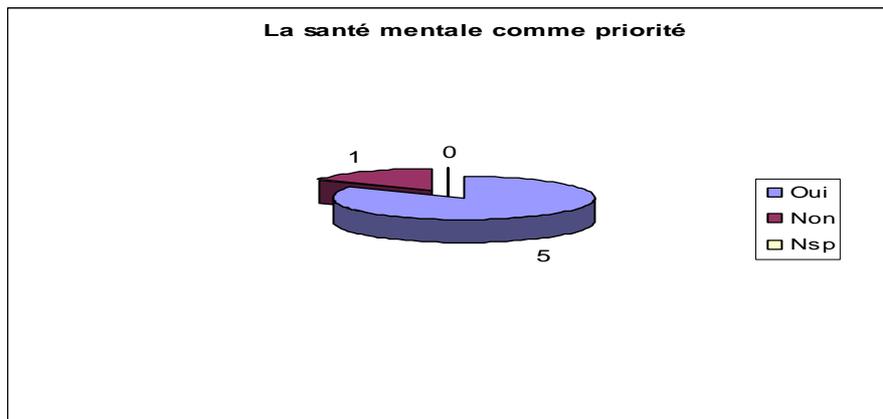
Notre envoi a concerné les 34 communes du territoire concerné par le CLSM. Seules 6 réponses au questionnaire nous sont parvenues. Notre analyse se portera donc que sur ce petit nombre de retours. Elle n'est pas quantitative et représentative de la situation réelle de la santé mentale sur ce territoire.



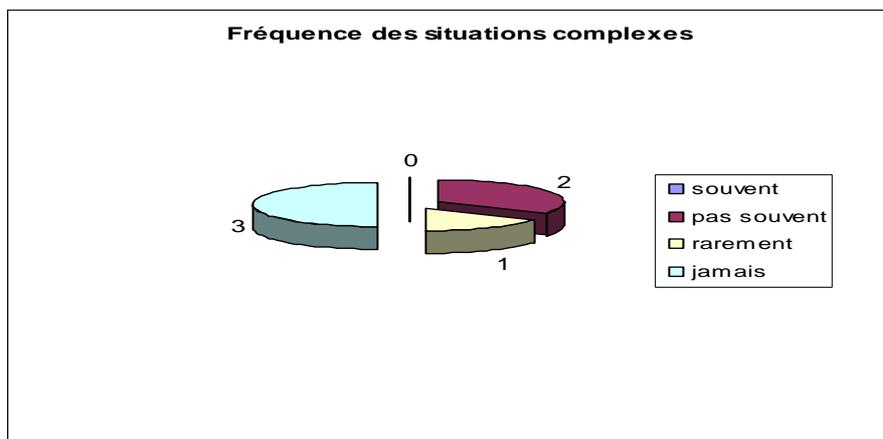
Selon ces 2 diagrammes, le nombre important de non réponses interroge sur la méthode de l'envoi sans explication directe et sur la période estivale non propice à cette enquête? La charge de travail de l' élu ne lui permet peut être pas de mettre cette thématique comme priorité ?



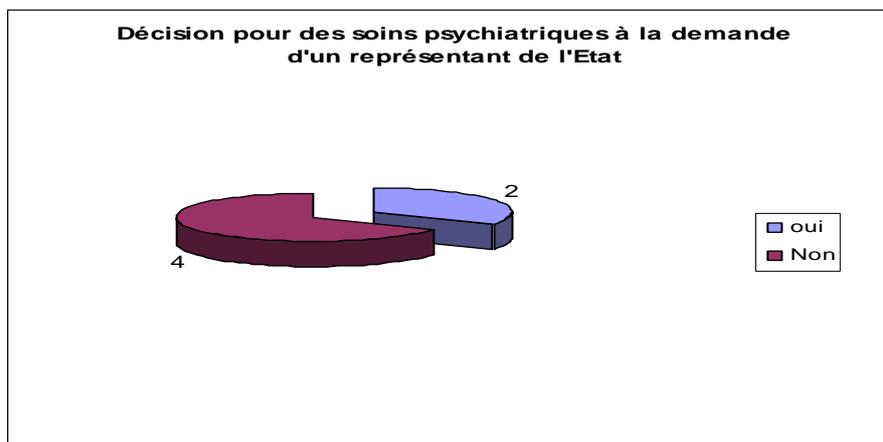
Les personnes qui ont répondu à ce questionnaire sont majoritairement des maires



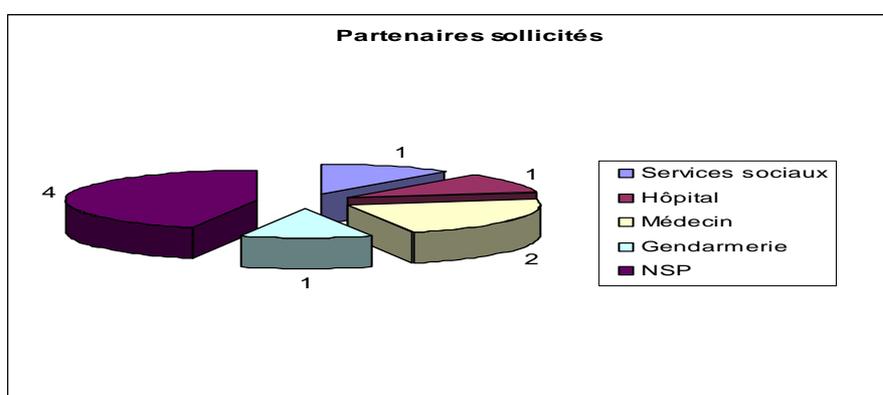
Dans la majorité des cas la santé mentale reste une des préoccupations des élus, même s'ils n'ont pas été confrontés directement à de telles situations



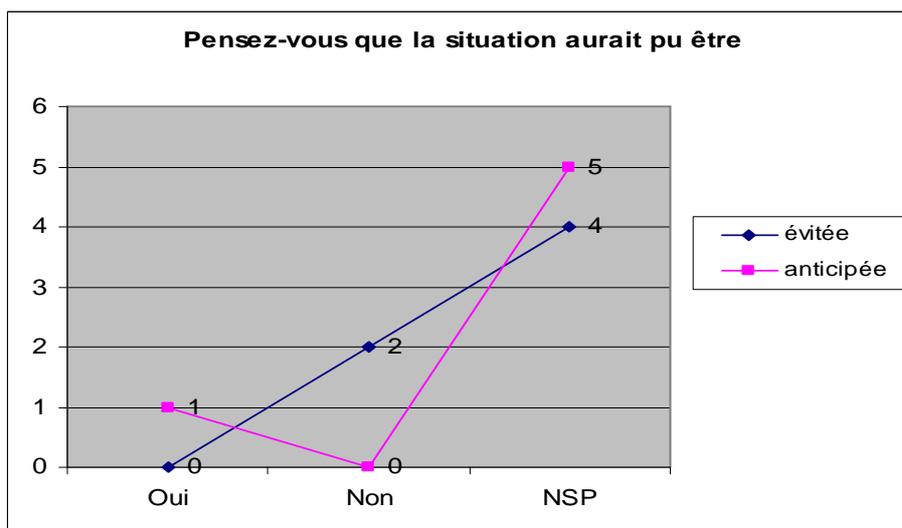
Il apparaît que dans les communes de moindre importance les situations complexes sont en nombre insignifiant et de fait sont réglées de façon plus simple.
 Les élus traitent-ils directement avec le secteur psychiatrique ?
 Ont-ils mis en place leur propre réseau de résolution des situations ?



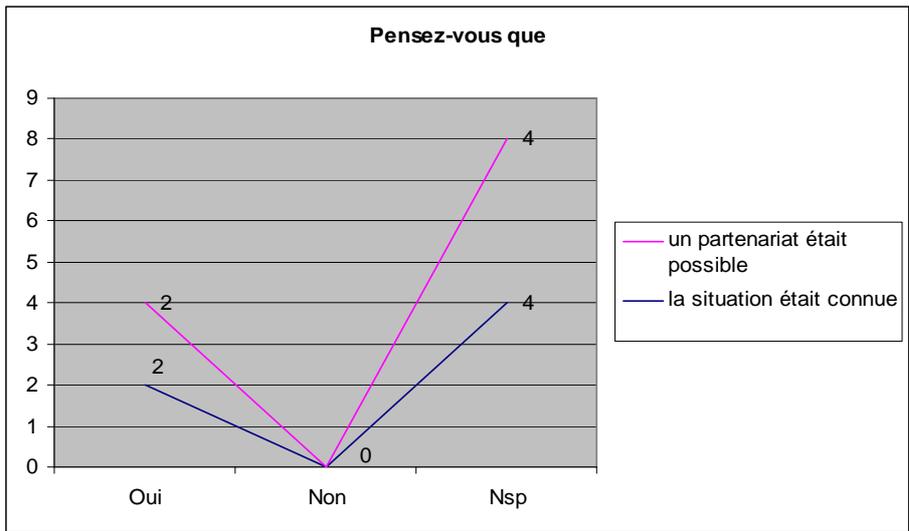
Dans 2/3 des cas les maires n'ont pas eu recours à ce mode d'intervention.



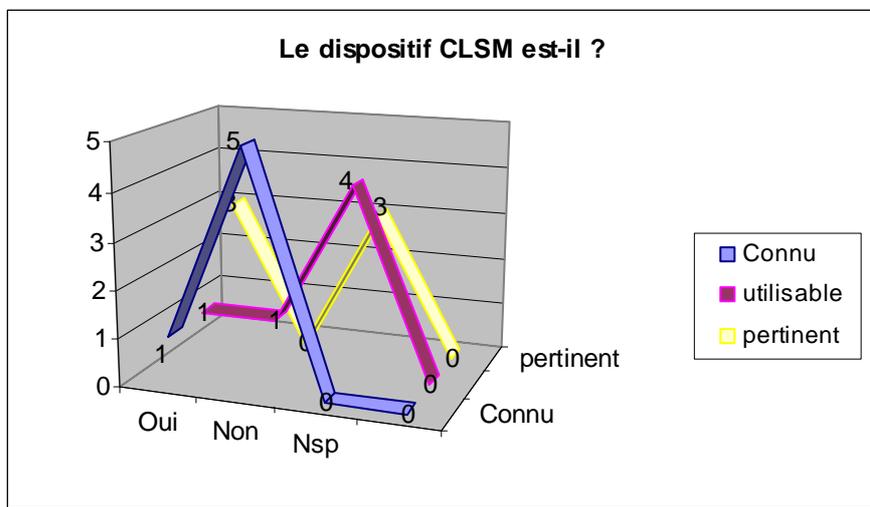
Les non réponses correspondent aux 4 communes non concernées par une SPDRE.
 Pour les 2 communes restantes la 1ère démarche de l' élu est d'interpeller le médecin, puis les services sociaux et les forces de l'ordre.



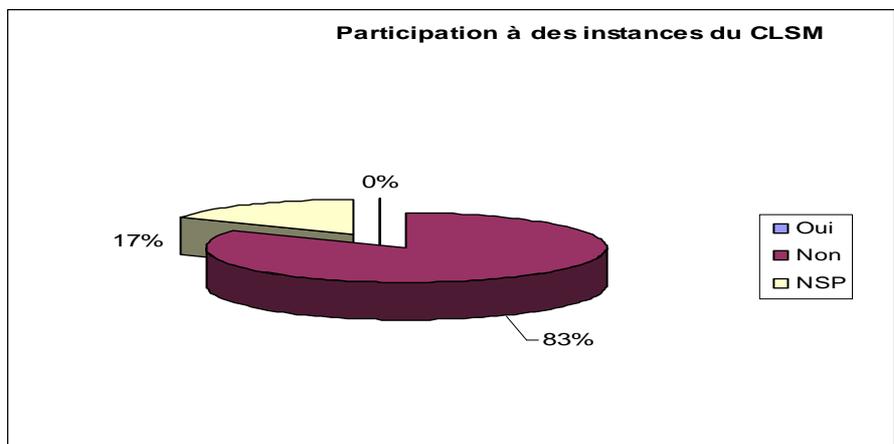
Les élus n'ayant pas été confrontés à de telles extrêmes n'ont pu répondre à cette question.
 Dans le seul cas d'intervention du maire la situation était une situation de crise, et donc pas gérée dans le cadre du CLSM



Même explication que la question précédente



Il apparait que le CLSM n'est pas un dispositif connu, donc par la force des choses pas utilisé à sa juste valeur.



83% des élus ne souhaitent pas, ou non pas la possibilité, de participer à des groupes de réflexion. Il semblerait qu'ils soient plus demandeurs de solutions immédiates que d'actions de prévention, compte tenu de leur disponibilité.

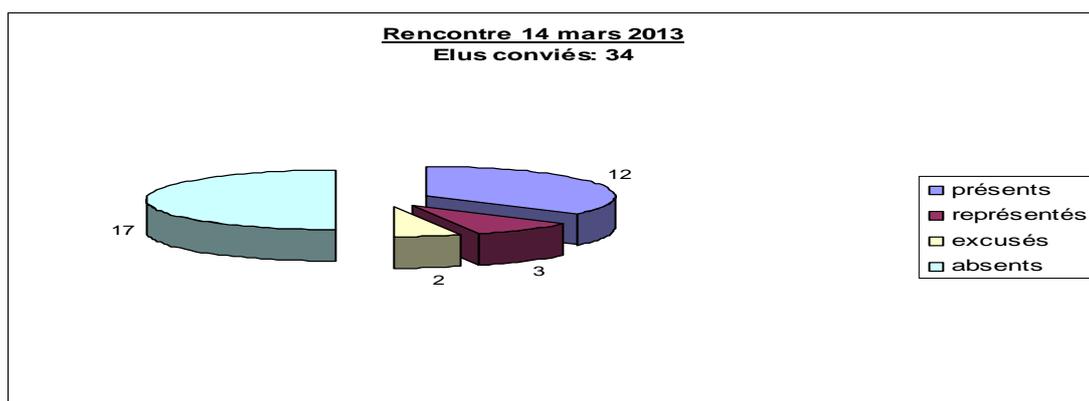
Nous pouvons déduire de cette enquête que le CLSM n'est peu, voire pas, connu. Il est donc primordial de mener une « campagne d'information » de proximité et d'aller rencontrer chaque élu pour expliquer la pertinence et l'utilité de cette instance, que cet outil peut être adapté et adaptable à leurs préoccupations.

III. DISCUSSION

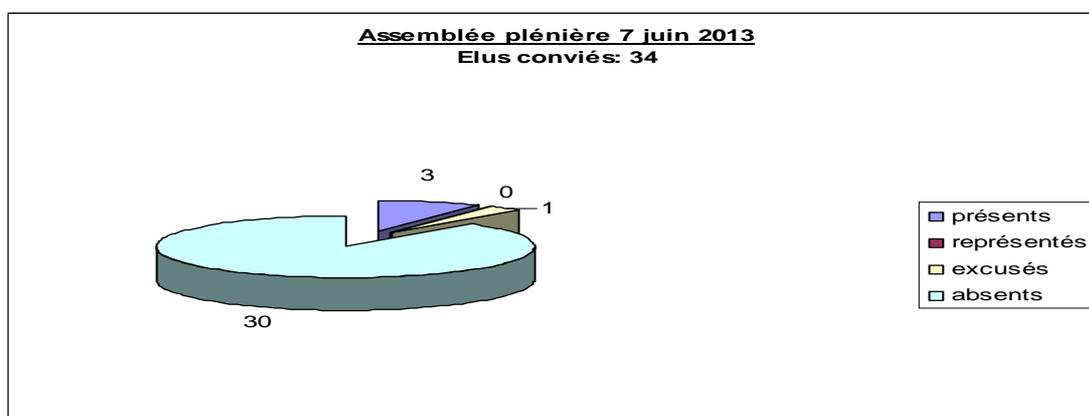
L'échantillonnage est faible (6/34) et les informations qui en découlent sont donc peu significatives.

Toutefois une sensibilisation de 50 % des communes a pu être observée selon les différents moyens de communication tentés.

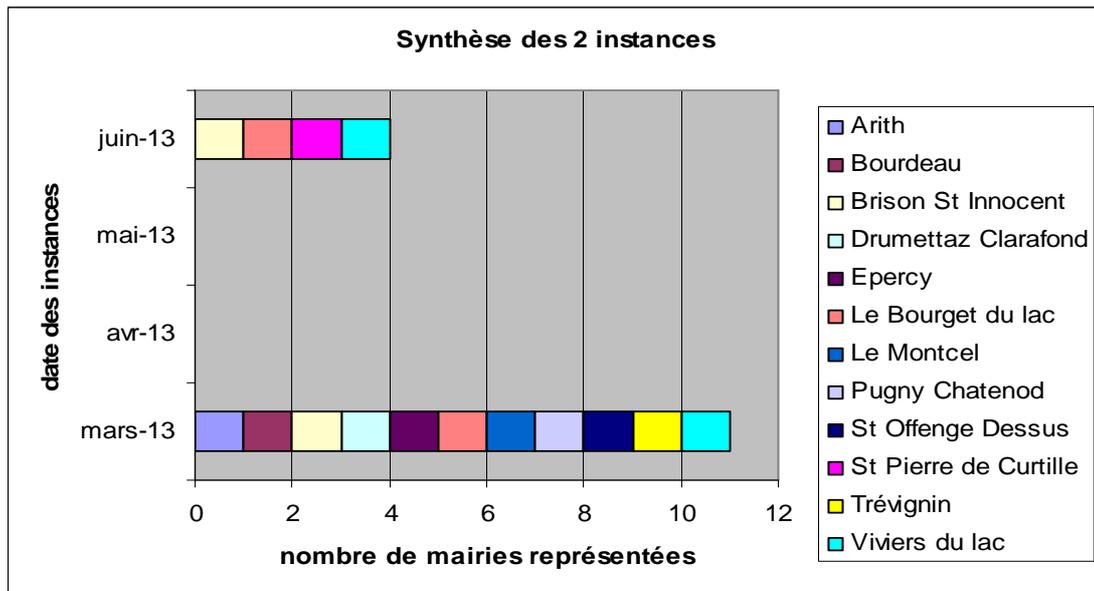
Une 1ère réunion d'information auprès des élus du territoire a été initiée en date du **14 mars 2013**



50% des élus conviés étaient soit présents soit représentés ou excusés



Lors de l'assemblée plénière de juin 2013 12% des élus conviés étaient présents, d'où un taux de 88% d'absentéisme



3 communes étaient présentes sur les 2 rencontres. Cependant elles ne font pas partie des questionnaires retournés.

Il semblerait que la période de l'enquête n'ait pas été adaptée aux disponibilités des élus.

Il ressort de toute cette analyse (partielle et minimale compte tenu du peu d'éléments) qu'il serait plus approprié et opportun de « démarcher » chaque mairie pour présenter, argumenter, les « plus » de l'outil CLSM. L'envoi d'une plaquette et d'un questionnaire, sans explication directe, ne permet pas de saisir la pertinence et l'efficacité des groupes de concertation comme moyen de résoudre, voire prévenir, des situations complexes, explosives à plus ou moins court terme.

Cet absentéisme peut s'expliquer par le fait que les maires des petites et moyennes communes ont un emploi en plus de leur mandat législatif et qu'ils n'ont pas toujours la disponibilité de venir aux nombreuses réunions pour lesquelles ils sont sollicités, ni les moyens de déléguer cette mission.

En milieu rural les communes ont une densité moins importante que dans les zones urbaines. Plus la commune est petite plus la connaissance de tous est aisée pour les élus.

La solidarité entre administrés est encore présente dans ces communes et les problèmes de santé mentale ne prennent pas forcément la même ampleur qu'en milieu urbain, malgré la stigmatisation des personnes atteintes de pathologie mentale.

Cependant les élus, quelque soit le lieu dans lequel ils exercent leur mandat, sont soumis à des injonctions sécuritaires par les politiques et la population en général, qui demandent toujours plus de sécurité et qui a peur du « fou ».

Par ailleurs cette proximité en milieu rural peut permettre un repérage plus précoce, empêchant les situations complexes d'empirer, et aux élus d'alerter leur réseau et d'apporter des réponses adaptées afin d'éviter la rupture ou les situations de blocage.

Le problème se pose aussi de travailler sur les représentations : les élus, souvent des administrés qui se retrouvent un jour à la tête de la municipalité, ne sont pas préparés à être bouleversés, perturbés face à la santé mentale.

Ils se reconnaissent comme des « gens comme les autres » et ils s'engagent dans la vie de leur commune ou politique avec leurs propres bagages psychologiques et émotionnels.

Ainsi le caractère souvent atypique des problèmes à traiter ne semble pas perçu comme des situations relevant de l'ordre public ou de l'ordre psychiatrique, mais plutôt d'une problématique sociale, souvent liée à la réalité économique des personnes concernées.

Les situations « critiques » sont souvent dues à une difficulté d'adaptation, entraînant parfois des déséquilibres, des mal-être chez les plus fragiles et rendant l'action de prévention insuffisante, voire inefficace, mais toujours extrêmement difficile.

Les élus locaux municipaux sont donc en première ligne.

Mais qu'en est-il des maires des grandes villes ? Peuvent-ils être aussi en première ligne comme dans les communes de moindre densité ?

L'organisation des municipalités plus importantes permet au premier magistrat, malgré l'éventuelle connaissance du dispositif CLSM, de ne pas être exposé directement aux situations problématiques.

Les différents intermédiaires des services gèrent en amont les diverses étapes de la résolution des situations complexes.

L'élu local, parce qu'il cumule une compétence administrative provisoire, en lieu et place du préfet, et des responsabilités politiques faisant de lui un régulateur des troubles du vivre ensemble issues de la souffrance psychosociale ou de la maladie mentale, s'interroge sur l'inadaptation de la voie actuelle en matière de contrainte pouvant conduire aux soins psychiatriques : doit-on et peut-on créer un espace spécifique en droit qui permettrait un recours contrôlé à des mesures de contrainte sur le registre de l'accès aux soins ?

En Savoie, les admissions sous contrainte pour péril imminent sont en augmentation. Elles représentent un pourcentage de 45% des hospitalisations au CHS Alpes Savoie sur la période de janvier à juin 2013 :

- 183 hospitalisations pour toute l'année 2012 contre 113 pour les 6 premiers mois de 2013,
- 23 hospitalisations à la demande d'un représentant de l'état pour le 1^{er} semestre 2013 contre 50 pour l'année 2012)¹⁸ et ce pour l'ensemble du département, nous pouvons penser légitimement que certains élus du territoire ont été confrontés à des situations complexes. Ce qui n'apparaît pas dans les résultats de notre enquête.

Comme beaucoup de citoyens « lambda » les élus ont une image partielle de la santé mentale, voire une méconnaissance totale.

Le CLSM a alors toute son importance, par le soutien qu'il peut apporter aux élus dans certaines démarches par de l'information, de la formation, de la coordination et permettre l'utilisation d'un langage commun.

Il nous paraît que le propos de Mr El Ghazi¹⁹ prend toute sa pertinence pour étayer notre propos.

◆ Citation de Laurent El Ghazi (maire de Nanterre)

« Parce que l'élu local est donc représentant de toute la population et garant de ses intérêts, nous ne pouvons pas rester indifférents devant les conditions dans lesquelles sont prises en considération la maladie mentale et la souffrance psychique des habitants de nos villes » illustre la légitimité de l'élu à intervenir dans le domaine de la santé, notamment mentale

« ... Cette question²⁰ de la santé mentale, de la manière dont, ensemble, on s'en empare est une des préoccupations fortes des élus.

Aujourd'hui, il nous a semblé nécessaire d'articuler le regard des élus chargés de la sécurité et de la prévention, qui sont les acteurs du CLS, le contrat local de sécurité, et celui des élus chargés de la santé, qui sont les acteurs des futurs CLS, contrats locaux de santé.

¹⁸ Statistiques CHS Alpes Savoie

¹⁹ Extrait de la 1^{ère} journée nationale d'étude de "Elus Santé Publique & Territoires". Paris – 6 janvier 2012

²⁰ Laurent El Ghazi, président de l'association Elus Santé Publique & Territoires (ESPT) – *Santé mentale, sécurité & libertés : le rôle des élus locaux.*

Comment travailler ensemble, dans une logique de psychiatrie citoyenne, de santé mentale conçue au sens large, qui prenne en compte à la fois la question du soin, du droit au soin, de la liberté de se faire soigner, mais également, la question de la sécurité et de la liberté ?

C'est pourquoi nous avons ajouté un « s » à liberté et sécurité : **LES** sécurit**S** – celle du patient, de l'entourage, de la société, des soignants – et **LES** libert**S** – libertés individuelles, libertés collectives, liberté de vivre comme tout le monde dans la société.

Car cette question de la dé-stigmatisation ou de la lutte contre la discrimination est véritablement centrale, lorsque l'on parle de santé mentale.

Enfermer ou soigner ? Accompagner ou reléguer ? Accompagner jusqu'à la réhabilitation ? ...

Nous avons essayé de croiser les points de vue des représentants des usagers, des psychiatres, des élus chargés de la santé, de leurs collaborateurs et partenaires, avec l'espoir que de ces regards croisés, sortiront de meilleures pratiques. Pour nous, l'une des meilleures pratiques possibles est celle des conseils locaux en santé mentale, dont nous voudrions qu'ils se développent et qu'ils associent systématiquement l'ensemble des élus concernés ... »

Conclusion

Le rôle de la coordinatrice est **indispensable** et **incontournable**

- pour réunir, animer, ranimer parfois, recueillir et relancer les demandes au niveau des partenaires
- pour informer et mobiliser les élus
- pour mettre en place des formations sur la santé mentale
- assurer l'évaluation des actions entreprises.

Pour cette mission elle doit avoir des bonnes connaissances du terrain et du réseau partenarial (fiche de poste créée au CLSM d'Aix-les-Bains)²¹.

Cela prend du temps et coûte au CCAS qui détache cette personne sur cette fonction: fonction pouvant être remise en cause lors de changement de municipalité (perspectives 2014). Ainsi cela reste très lié aux personnes, à leur motivation et à leur disponibilité.

Mais cette synergie ne peut avoir lieu que si les différents acteurs s'impliquent réellement et dégagent du temps pour faire vivre cette instance.

Les réductions importantes de personnel, des budgets drastiques, la course à la rentabilité (faire mieux avec moins de moyens) peuvent à court terme fragiliser l'engagement de certaines associations ou institutions voire les démobiliser.

La souffrance psychique et les troubles psychiatriques restent aujourd'hui encore et plus que jamais un terrain vague, dangereux dans l'esprit de beaucoup d'élus et de concitoyens.

Les élus, alors, risquent de ne plus considérer comme un axe important de travail et de priorité. Le dynamisme d'un CLSM ne peut perdurer que s'ils y portent intérêt et impulsent une volonté en lien étroit avec les professionnels de terrain, toutes structures confondues.

Par ailleurs il est important de veiller à ce que le CLSM ne se substitue pas au secteur psychiatrique ni aux missions des élus mais qu'il soit reconnu et légitimé par l'ensemble des partenaires des champs politique, sanitaire et social du territoire.

²¹ Document 9 annexe 2

La diversité de ces membres offre la possibilité de passerelles et de maillage riches où chacun apporte son regard spécifique et des bouts de solution.

« ...L'insertion dans la communauté réalise le partage concret, quotidien et durable avec le patient d'une réalité sociale commune... »²².

La santé mentale communautaire n'est pas une préoccupation récente puisque Paumelle, dès 1954, a œuvré pour limiter la suprématie médicale du psychiatre en ouvrant sur des pratiques orientées sur la Cité.

Les mises place des CLSM sont l'aboutissement du combat de ces médecins psychiatres et élus engagés et la reconnaissance de la prise en compte de la santé mentale comme une priorité de santé publique.

Nous ne pouvons que souhaiter que cet état de fait se pérennise et que tous les élus s'impliquent au quotidien dans ces dispositifs.

²² Pratiques en santé mentale n°3 p 27

ANNEXE 1

1. Bibliographie

2. Glossaire

ANNEXE 2

- 1. Convention**
- 2. Charte**
- 3. Règlement de fonctionnement**
- 4. Organigramme**
- 5. Liste des partenaires**
- 6. Plaquette CLSM**
- 7. Plaquette Elus**
- 8. Questionnaire**
- 9. Fiche de poste**

Résumé du mémoire

Santé mentale dans la communauté : études et applications

Septembre 2013

Etellin Martine
Fray Serge

Mise en œuvre d'une politique de santé mentale communautaire : évaluation des besoins de partenaires et implication des élus dans la mise en place du Conseil Local de Santé Mentale

Au croisement de l'**Atelier Santé Ville**, de la **psychiatrie de secteur** et de l'association d'usagers **GEM Horizon 73**, la prise en charge de la souffrance psychique sur Aix-les-Bains implique la mobilisation, en fonction des situations, de compétences du soin et de compétences sociales.

La mise en place et le fonctionnement du **Conseil Local en Santé Mentale** permettent de se structurer autour d'une culture commune, de comprendre les attributions et limites des différents acteurs, de mutualiser des compétences, de travailler en **réseau** à l'appréhension de la personne dans sa globalité et son environnement.

Toutefois le réseau a été opérationnel que parce qu'il fonctionne dans des modalités d'échanges et de réciprocité, qui suppose la compréhension des missions et contraintes des autres partenaires.

Les acteurs disent avoir trouvé la possibilité, parce que l'on n'est pas tout seul, de prendre des risques, d'oser, d'être plus créatif.

Alors, que dire par rapport au rôle des **élus** dans ce dispositif ?

Le rôle des élus est central. Non spécialistes de la santé mentale, ceux-ci sont cependant attentifs à favoriser le cadre de vie des habitants et à renforcer la solidarité collective des prises en charge sociale et économique.

Ils devraient contribuer à renforcer un rôle de veille, de concertation et de résolution **partenariale** : promouvoir les actions favorables à une **santé mentale communautaire** tout en assurant, à travers des dispositifs spécifiques, des réponses adaptées aux personnes en souffrance psychique.

Mais qu'en est-il de leur réelle implication ?