

**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**

**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

**Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire**

**« Santé mentale dans la communauté »**

**Année 2019**

**Les Chemins du CLSM**

***Ou comment sécréter un CLSM***

**Xavier PREVEDELLO**

**Jean RAVALLEC**

**Tutorat : Pauline GUEZENNEC**



<b>Introduction</b>	3
<b>1. Expériences et constats quant à la prise en charge de la santé mentale sur nos secteurs respectifs</b>	4
1.1. Focus sur notre parcours de soignant	5
1.2. Etat des lieux et problématique sur nos territoires	7
1.3 Evolution des CLSM sur nos secteurs	9
1.3.1. Bilan sur la commune de LOCMINÉ	9
1.3.2. La situation sur la Communauté des communes Terres des Confluences	11
1.3.3. Remobiliser les acteurs locaux de la Santé mentale	12
<b>2. Évolution historique : De l'aliéné au citoyen</b>	13
2.1 Avant 1789	13
2.2 De la Révolution française à la Seconde Guerre mondiale	14
2.2.1 Vers la loi de 1838	18
2.2.2 La loi du 30 juin 1838	18
2.2.3 Le développement de la psychiatrie : une nouvelle discipline médicale	18
2.2.4 La Seconde Guerre Mondiale	18
2.3. L'ouverture des institutions psychiatriques	18
2.4 L'antipsychiatrie	18
2.5 La loi du 27 juin 1990	18
2.6 Démocratie sanitaire	19
2.7 Les groupes d'entraide mutuelle ( GEM )	21
2.8 .Législation depuis les années 2010	21
2.8.1 La loi du 5 juillet 2011	21
2.8.2 La loi de modernisation de notre système de Santé du 26 janvier 2016 ( LMSS )	22
<b>3. La Santé mentale communautaire à ce jour</b>	23
3.1 Constats de ces dernières décennies : quelques chiffres clefs	23
3.2 Définition de la Santé mentale	24
3.3 Notion de Communauté en santé mentale	24
<b>4. Les outils à la disposition des élus locaux</b>	27
4.1. Le Contrat local de santé	27
4.2. Les Conseils Locaux de Santé Mentale ( CLSM )	28
4.2.1. Notions générales	28
4.2.2. Analyse d'un questionnaire sur le territoire Terres des Confluences	28
<b>Conclusion</b>	35
<b>Voyage en acronymie</b>	37
<b>Bibliographie</b>	38

## Remerciements

Nous tenons à remercier Aude Caria, Pauline Guezennec et Nicolas Daumerie pour les coordinations et les conseils ainsi que Jean-Luc Roelandt pour nous avoir permis de découvrir une forme de communauté et de nous y avoir inclus.

« *On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants* »

Lucien Bonnafé, *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*, 1991

## Introduction

Alain Ehrenberg promeut dans l'**individualisme** une « valeur égale à chaque individu, soi-même comme à un autre, parce que l'égalité fait de tout homme un semblable. » (2014). Narcissisme, individualisme, autonomie : malaise dans la société ? *Revue française de psychanalyse*, vol. 78(1), 98-109.

Cette conception de l'individualisme comme une valeur positive d'égalité n'est pas celle qui est répandue dans notre société. En effet, dans un sens commun, cette notion est davantage vue comme un excès d'égoïsme, une exacerbation de ses droits propres par opposition à ceux des autres. Pourtant, l'idée de considérer chaque individu comme égal, avec ses forces, ses failles et ses différences, constitue le préalable pour faire communauté au sein d'une société démocratique. L'individualisme doit être abordé en tant que concept de liberté et d'égalité de chaque individu au sein de la société mais aussi en tant que singularité de chaque être. Chacun est en quête d'identité, de reconnaissance et de dignité au sein de la Cité. Dès lors « l'individualiste, qui défend les droits de l'individu, défend du même coup les intérêts vitaux de la société ». (É. Durkheim, *L'individualisme et les intellectuels* (1898) ).

Cela est d'autant plus vrai en Santé mentale Elle recouvre aujourd'hui des enjeux majeurs d'intérêt public, car elle est l'affaire de Tous. Chaque individu peut être confronté, un jour ou l'autre, à des difficultés professionnelles, économiques ou d'ordre personnel. Il ne s'agit pas seulement de la prise en charge du fou ou du malade mental au sens pathologique du terme mais également d'individus en souffrance psychologique, aux parcours de vie chaotiques, aux accidentés de la vie, qui passent par des périodes plus ou moins longues d'extrême vulnérabilité et qui peuvent, à un

moment donné, avoir besoin d'accompagnement, de soins pour retrouver leur place et leur dignité dans la société.

Dans le cadre du diplôme inter-universitaire (DIU) de Santé mentale dans la communauté, nous avons choisi de réfléchir à l'utilisation du Conseil local de santé mentale (CLSM) comme outil communautaire permettant de tendre vers l'amélioration de la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. Pour ce faire, nous avons pris le parti de réfléchir à *deux mains*, tous deux cadres de santé, afin de croiser nos expériences dans la mise en œuvre respective d'un CLSM.

Nous présentons dans ce mémoire tout d'abord ce qui nous a amené à cette réflexion et dresserons un portrait de la santé mentale sur nos territoires. Il sera ensuite question d'une prise de recul historique pour appréhender l'évolution du statut social des personnes souffrant de troubles psychiques au travers des évolutions législatives. Du chemin a été parcouru mais il en reste encore pour que les usagers puissent atteindre la pleine citoyenneté.

Nous tenterons alors de définir les notions de Santé Mentale en France, de Santé Communautaire, afin d'étudier le Conseil local de santé mentale en tant que dispositif communautaire au sein desquels les élus ont une place essentielle. Cette dernière étape sera illustrée par l'analyse d'un questionnaire adressé à 22 maires pour comprendre ce qui peut les mobiliser ou à l'inverse les freiner dans leur implication à la mise en œuvre d'un CLSM.

## **1. Expériences et constats quant à la prise en charge de la santé mentale sur nos secteurs respectifs**

Infirmiers puis cadres de Santé, nous exerçons, depuis 20 ans, dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie au sein de l'Établissement Public.

Pour l'un c'est à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) du Morbihan .

Pour l'autre le Centre Hospitalier Général (CHG) de Montauban.

Nos parcours sont similaires dans le sens où nous sommes aujourd'hui affectés à des structures extra-hospitalières.

### 1.1. Focus sur notre parcours de soignant

Pour l'un, le poste occupé depuis presque trois ans se situe au Centre Médico-Psychologique de Secteur ( CMPS ) de LOCMINÉ, dans le Morbihan.

Ce CMPS dépend d'un pôle comprenant 2 secteurs. Le choix de travailler sur ce secteur (56G05) l'a été pour différentes raisons et représentations.

Les premières raisons qui ont nourri le choix pour ce lieu d'exercice, ont été sa ruralité, son isolement géographique relatif, l'humilité que les différents professionnels semblaient présenter. C'était le souhait de participer à la mise en œuvre des soins à l'échelle d'un secteur, en termes d'organisation, de management, de réseau, de conduite de projet. Les trois équipes de soins de ce secteur de psychiatrie, organisées au sein d'un Centre médico-psychologique (CMP), d'un hôpital de jour et d'un atelier thérapeutique agricole restent à « dimension humaine ». En effet, au CMP travaillent 6 infirmier(e)s, à l'hôpital de jour 4 infirmières et 2 Aides-médico-psychologiques et à l'atelier agricole 3 infirmier(e)s et 1 moniteur d'atelier. Sans rentrer dans le détail arithmétique des équivalents temps plein, deux psychiatres, deux psychologues, une assistante sociale, un éducateur spécialisé, une psychomotricienne, un agent des services hospitaliers et moi-même, cadre de santé, intervenons sur ces trois structures. Les personnes soignées peuvent bénéficier d'un des deux appartements associatifs et de l'accompagnement que nous y proposons.

Jusqu'en janvier 2019, une pair-aidante professionnelle collaborait avec l'ensemble de l'équipe, auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, que ce soit dans des accompagnements individuels, dans la co-animation d'un groupe « rétablissement » et en partageant des temps de staff au sein de ce dispositif de soins. Nous avons également la chance d'être partenaires du Groupe d'entraide mutuelle (GEM) qui a fêté en 2018 ses 10 ans d'existence.

Après deux ans d'exercice au sein de ce dispositif de soin, le résultat est très satisfaisant, notamment parce que l'équipe soignante recherche au quotidien à individualiser les actions de soins au regard de la singularité de chaque personne que nous accompagnons. La chance de ce projet est d'avoir des pratiques orientées rétablissement et le travail avec une pair-aidance.

Cette prise de poste a été l'occasion de découvrir précisément ce qu'était le rétablissement. Cette découverte a été progressive, par les lectures, mais surtout avec

les collègues, (pair-aidante, GEM, infirmiers, psychiatre...).pour y mettre davantage de sens et en visualiser les outils. La cadre de santé précédent avait suivi la formation du Diplôme Inter-Universitaire de Santé Mentale dans la communauté et avait œuvré à la mise en place du GEM, du collectif PROS-PAIRS (mise en place de pairs-aidants professionnels) d'un projet de CLSM et d'une acculturation des équipes au concept de rétablissement et à ses applications pratiques.

Au CMPS de LOCMINÉ, les concepts de pair-aidance, de rétablissement, d'empowerment sont connus d'une majorité de professionnels, d'une partie des personnes qui y sont soignées et sont portées comme valeurs fondatrices et fondamentales par le GEM. La notion de santé mentale dans la communauté est moins utilisée, même si de nombreux ateliers thérapeutiques ou accompagnements se déroulent au cœur de la cité. Il faut préciser qu'au regard du caractère très rural du secteur la notion de cité appelle davantage à la citoyenneté qu'à la ville et ne parle pas réellement aux personnes que nous accompagnons. Dans le secteur 56G05, la Cité, c'est en effet la campagne.

Pour l'autre cadre de santé exerçant à Montauban., cette conception du soin est une découverte. Depuis septembre 2001, infirmier puis cadre de santé dans des structures de psychiatrie infanto-juvénile de l'unité d'hospitalisation aux centres médico-psychologiques, il a passé trois ans (de 1998 à 2001) dans une structure intra hospitalière de gérontopsychiatrie, dépendant du secteur I, secteur où des expériences de santé mentale en communauté portées par l'association Le PARI ont vu le jour. Cette association regroupe plusieurs projets d'inclusion et de réhabilitation. On y retrouve un bar associatif, un atelier thérapeutique de réhabilitation sociale, les appartements associatifs et le groupe d'entraide mutuelle. Ces projets sont les héritages du travail mené dans les années 90 par une équipe mais qui sont souvent remis en question, fragilisés. Ces projets sont eux-mêmes stigmatisés, « vu de loin » par les services de l'intra-hospitalier.

En complément, à travers le DIU, grâce aux différentes interventions, présentations, aux échanges au sein de la promotion, aux visites de structures orientées rétablissement, nous avons souhaité explorer l'intégration des soins dans la cité, le rétablissement, la Santé Mentale dans la Communauté.

Le DIU Santé mentale dans la Communauté nous a donné de l'espoir, des outils, de nouvelles connaissances, un réseau de personnes engagées pour la transformation de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la communauté.

Il nous faut croire dans la vertu de nos engagements en tant que soignants, citoyens, élus. Le tout en restant autant ouvert et tolérant aux différences que fermé et intolérant face à toute forme de discrimination et de stigmatisation.

De nos discussions, nos expériences professionnelles et autres engagements ont émergés des problématiques communes et complémentaires. L'un apportant une expérience riche de la santé mentale communautaire, l'autre amenant une vision plus politique de son engagement en la matière.

De notre travail commun et de nos échanges, des questionnements ont surgi sur la définition d'un sujet, d'un citoyen, d'un usager... En quoi le CLSM est-il un dispositif de santé mentale en communauté indispensable et nécessaire à la pleine citoyenneté ? Existe-t-il des préalables à sa constitution ? Comment fait-on communauté ? Qu'est-ce qu'une communauté ? Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse.

## 1.2. Etat des lieux et problématique sur nos territoires

Pour autant, il n'est pas ici question de faire un tableau idyllique des secteurs dans lesquels nous exerçons et bien évidemment des difficultés sont présentes :

- En Bretagne, le CLSM créé mais en dormance ne s'est pas réuni depuis 2014.
  - Dans le Tarn et Garonne, un CLSM existe pour le bassin de la Communauté d'agglomérations du grand Montauban, mais là aussi peu de réunions ont lieu et les débats tournent surtout autour des questions de sécurité, de protection de l'ordre public et pas spécialement sur l'intégration des patients dans la Communauté .
- S'agissant des facteurs de risque, les conduites addictives, en particulier le recours massif à l'alcool sont fréquentes pour une partie des personnes soignées ou en souffrance sur les deux bassins.

- En Bretagne les situations de souffrance au travail sont également fréquentes dans un secteur rural où l'industrie agro-alimentaire et le travail en usine sont majoritaires concernant l'emploi.

- Dans le Tarn et Garonne, le taux de chômage est élevé, le niveau médian de revenu est inférieur à la moyenne nationale et la précarité importante.

L'isolement géographique et l'absence de transports en commun sont criants et excluants pour les personnes n'ayant pas les moyens de se véhiculer de façon autonome sur les deux bassins.

L'organisation des soins sur les 2 structures où nous exerçons est, de notre point de vue, encore très hospitalo-centrée et de fait le recours à l'hospitalisation complète est fréquent, et reste incontournable pour certains médecins généralistes et personnes souffrant de troubles psychiques. Le virage ambulatoire nous semble davantage une douce courbe qu'un virage serré en terme de rééquilibrage des moyens entre « l'intra hospitalier » et « l'extra-hospitalier ».

Le CMP n'est pas toujours connu par les personnes qui pourraient avoir recours aux soins, aussi bien au niveau d'une partie des usagers potentiels que des élus des communes du secteur. Aussi, lorsque certaines personnes présentent des troubles psychiques, il arrive que les services municipaux et l'entourage attendent que les troubles s'amendent d'eux-mêmes ou bien s'ils se majorent, ont recours directement aux services d'hospitalisation à temps plein.

La stigmatisation et l'auto-stigmatisation tendent à éloigner certaines personnes souffrant de troubles psychiques de leur place de citoyen du fait qu'ils ne trouvent pas toujours un espace au cœur de la cité pour vivre leur citoyenneté.

- En Bretagne, le dispositif expérimental PROS-PAIRS vient en ce début d'année 2019 d'être mis en « pause » en attendant la mise en place effective d'une structure juridique autonome de type associatif et un montage financier pérenne et cohérent.

En parallèle à nos missions de cadre de santé, nos parcours s'éloignent mais pour se retrouver autour d'une même problématique.

## 1.3 Evolution des CLSM sur nos secteurs

### 1.3.1. Bilan sur la commune de LOCMINÉ

En Bretagne, le cadre de santé travaille depuis mi 2018 à la mise en œuvre d'un Conseil Local de Santé Mentale : c'est en effet un outil, un espace de concertation et de coordination dont l'objectif sera de travailler entre partenaires de la santé mentale afin de mettre en place des actions pertinentes et efficaces. Sur le secteur de LOCMINÉ, un projet de CLSM a débuté en 2011, mais n'a pas réellement abouti et les réunions se sont arrêtées depuis 2014. La dynamique de ce premier projet de CLSM a permis la mise en œuvre du collectif PROS-PAIRS (une expérimentation de mise en place de pair-aidance). Le CLSM s'est alors progressivement mis en veille, les acteurs de la communauté se mobilisant dans les comités techniques et le comité de pilotage de ce dispositif. Le collectif PROS-PAIRS n'est plus opérationnel depuis début 2019, faute d'un modèle de financement pérenne.

En 2011, un projet de CLSM a vu le jour sur le territoire de LOCMINÉ. Soutenu par le maire de LOCMINÉ, le projet de CLSM a effectivement démarré par la constitution d'un comité de pilotage ( COPIL ), se réunissant mensuellement à partir d'avril 2011. En mai 2011 une rencontre est organisée avec Pauline RHENTER, chargée de mission au CCOMS et près d'une quarantaine d'acteurs locaux, dont trois élus, des membres d'associations (usagers, GEM) des professionnels de la psychiatrie, du médico-social, des bailleurs sociaux, la gendarmerie... Le compte rendu de cette réunion fait apparaître davantage de questionnement que de projets. Les directions présentes faisant part de leur engagement à participer au financement, sans les chiffrer. Il est question de définir le territoire couvert par le CLSM en projet, des moyens de financer la coordination, de la nécessité d'un diagnostic territorial.

#### ➤ La réalisation d'un diagnostic de territoire en 2012

Un diagnostic sur le territoire de LOCMINÉ sera réalisé par une étudiante de l'École des hautes études en santé publique ( EHESP ) en 2012. Il met en avant comme problématiques principales, sur ce territoire rural, le suicide, l'addiction alcoolique et les pathologies psychiatriques, ainsi que les problématiques liées aux vieillissements de la population c'est à dire la dépendance et la dépression de la personne âgée.

Concernant la mise en œuvre d'un CLSM, ce diagnostic préconise une coordination assurée, sur un mi-temps, par une personne qui ne soit ni professionnel

de Santé, ni élue, ni une personne souffrant elle-même de troubles psychiques. D'autre part ce diagnostic recommande que le COPIL soit composé, au plus, d'une douzaine de personnes. La composition proposée étant la suivante:

- Un représentant de l'EPSM
- Un élu de chaque canton concerné
- Un représentant de l'UNAFAM
- Un ou deux représentants des usagers
- Un représentant du conseil départemental
- Un représentant des mandataires de justice
- Un représentant de la sauvegarde 56 (association habilitée très engagée sur le territoire)
- Un représentant du pôle infanto-juvénile
- Un représentant de la gendarmerie

Les professionnels libéraux (médecins et pharmaciens) pourraient être invités sur des thématiques spécifiques.

En ce qui concerne le financement du poste de coordinateur, plusieurs propositions sont avancées. Il s'agit soit de répondre à un appel à projets du programme européen LEADER (Liaison entre Action de Développement de l'Économie Rurale : programme finançant la mise en oeuvre de stratégies locales de développement rural portées par des Groupes d'Actions Locales), soit de solliciter un financement de l'Agence Régionale de santé ou du Conseil Départemental.

Le diagnostic réalisé évoque également des freins à la mise en place d'un CLSM. En effet, plusieurs acteurs majeurs ont alors annoncé qu'ils choisiraient de s'investir ou non selon la composition du CLSM et le choix du coordinateur. Pour autant ce point ne précise pas qui sont ces acteurs majeurs. D'autre part, il est recommandé que la structure porteuse du CLSM soit différenciée d'une association de personnes concernées. Enfin, il est précisé que la mise en oeuvre du CLSM risque de se confronter à l'essoufflement de la mobilisation, le projet ayant été initié déjà depuis un an au moment du diagnostic. Le risque résidant alors dans un déséquilibre des « forces » en présence dans le COPIL qui orienterait les axes stratégiques dans certains sens plus que d'autres.

Il est frappant, après quelques années, de mesurer la pertinence de ces derniers points. En effet, moins de deux ans après ce diagnostic, les personnes participant activement au COPIL ont œuvré pour la mise en place d'un dispositif de pair-aidance qui s'est appuyé sur le GEM existant. Il s'avère que quelques temps après les réunions du CLSM se sont arrêtées, le dispositif de pair-aidance ayant mobilisé toutes les forces en présence.

Depuis début 2019 le dispositif expérimental PROS-PAIRS créé à la suite de cette dynamique a été suspendu, en partie car ses missions tout comme son financement n'était pas dissocié du GEM, générant des problèmes de lisibilité, de crédibilité et également une perméabilité des financements peu rassurante pour les organismes financeurs.

### 1.3.2. La situation sur la Communauté des communes Terres des Confluences

Pour le cadre de santé Tarn et garonnais, un virage a été pris en mars 2014. En effet, après une courte période en tant qu'adjoint au Maire, il est devenu maire d'une commune de 1450 qui par les effets de la loi NOTRe a rejoint en janvier 2017 la nouvelle communauté des communes Terres des Confluences ( CCTC ).

Cette Communauté des communes de 40000 habitants environ regroupe 22 communes, majoritairement rurales. Seules les villes de Castelsarrasin et Moissac ont plus de 10000 habitants et moins de 15000. Ce bassin correspond au bassin de santé de Moissac et bénéficie d'un contrat quartier politique de la ville pour 3800 habitants à Moissac.

Ce contrat a amené la Communauté des communes à élaborer et conclure un contrat local de santé ( CLS) en août 2019. Le travail d'élaboration s'est organisé autour de 5 thématiques.

- Santé des jeunes
- Santé des personnes en situation de précarité
- Santé des personnes âgées à domicile
- Visibilité de l'offre
- Mal-être et souffrance psychologique.

Une des fiches actions du contrat local de santé est la création du CLSM.

### 1.3.3. *Remobiliser* les acteurs locaux de la Santé mentale

Aujourd'hui, le souhait à travers ce travail est de tenter de "remobiliser" les différents acteurs volontaires pour un réveil du CLSM en sommeil en Bretagne et sensibiliser les différents acteurs à l'outil CLSM en Tarn et Garonne.

Le cadre de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) a été à l'initiative d'une réunion rassemblant une trentaine de professionnels, d'élus et de personnes concernées. Le territoire concerné correspond à une communauté de commune regroupant une vingtaine de petites communes rurales. La direction départementale de l'ARS, présente lors de cette réunion s'est montrée très intéressée. Il nous a été demandé quatre éléments qui pourraient amener l'ARS à se positionner favorablement pour le financement d'un poste de coordinateur :

- Un projet de convention constitutive
- La copie de la liste des personnes présentes à cette première réunion
- Un budget prévisionnel de fonctionnement du CLSM
- Une lettre d'engagement des maires des communes concernées.

Les trois premiers éléments sont assez facilement réalisables.

Le dernier point est à ce jour le point de blocage. En effet, certains maires refusent pour l'instant de s'engager, avançant que la Santé est de la compétence de l'Etat.

Ceci démontre à notre sens, que la question de la pleine citoyenneté pour les personnes souffrant de troubles psychique est encore une visée à atteindre. De plus, la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi des professionnels de la psychiatrie, et son caractère discriminatoire est une réalité. Il y aura donc nécessité sur ce territoire de poursuivre les actions d'information, de formation. Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale ( SISM )doivent, par exemple servir de levier dans cette optique. Nous envisageons donc, avec les professionnels de la psychiatrie de notre pôle et le GEM, d'utiliser l'arbre aux idées reçues, proposé par PSYCOM, pour réaliser des actions de communication dans les lieux publics au coeur de la cité. La thématique 2020 est bienvenue puisqu'elle traite des discriminations. Des actions culturelles et artistiques sont également en cours (expositions, actions sur les marchés, interviews...) et seront à renouveler.

Il faut prendre en considération le contexte politique actuel, les élections municipales ayant lieu en mars 2020, il est certain que les élus ne sont pas enclins à

s'investir dans de nouveaux dispositifs tant qu'ils ne savent pas si leur mandats seront reconduits.

## **2. Évolution historique : De l'aliéné au citoyen**

Au sein de la société française, le statut des personnes souffrant de troubles psychiques a significativement évolué depuis la révolution française. En 1789, la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen ( DDHC ) mettait en exergue les deux notions de droits et de citoyenneté essentielles à l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité.

Pour autant, ce processus évolutif n'est à ce jour pas abouti. Les discriminations, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation de cette catégorie de personnes, représentant au minimum un quart de nos concitoyens sont encore prégnantes. Nous allons nous pencher sur l'évolution de la place des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la société française, en nous appuyant sur les évolutions législatives, sur les différentes étapes de ce processus et tenter de mesurer les améliorations sociétales qu'il nous reste collectivement à mettre en œuvre. Il ne s'agit pas ici d'être exhaustif mais de résumer brièvement ce processus inclusif des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la communauté.

### 2.1 Avant 1789

Avant la révolution française, il n'existait pas d'établissements dédiés aux soins psychiatriques, ni de discipline médicale spécifique. Par conséquent, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques, alors appelées les « insensés », étaient exclues, marginalisées, vivant de manière misérable, et incarcérées lorsqu'elles causaient des troubles à l'ordre public. Mis à part les personnes emprisonnées, elles faisaient partie des errants et étaient alors enfermées dans des institutions conjuguant assistance et répression. Ces personnes ne bénéficiaient pas de soins, étant donné qu'elles étaient considérées comme incurables, dénuées de raison et avaient un statut social plus proche d'un animal que d'un humain. Elles n'avaient aucun droit et étaient enfermées, via des lettres de cachet, sans jugement ni possibilité de recours.

## 2.2 De la Révolution française à la Seconde Guerre mondiale

Les valeurs portées par la Révolution française et la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen vont reconnaître des droits naturels à l'individu notamment le droit à la liberté et à la dignité. Il devient alors nécessaire de concevoir des lieux pour accueillir les aliénés, puis de développer une discipline médicale pour rechercher le moyen de les soigner. En effet, il n'est plus concevable d'emprisonner des personnes qui n'ont pas commis de crimes, délits ou de troubles à l'ordre public. Les idées et principes politiques de la révolution devront s'accompagner d'un cadre législatif incitatif pour que le statut social des personnes souffrant de troubles psychiques évolue réellement.

### 2.2.1 Vers la loi de 1838

Différents aliénistes français vont œuvrer à la mise place de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Les aliénés sont encore dans les prisons, ils n'ont pas d'établissements spécialisés pouvant les accueillir, pas de lieux d'asile. Les publications médicales évoquent alors la nécessité d'améliorer la condition humaine des aliénés, de créer des établissements et une discipline médicale qui leur soient consacrés. Parallèlement, le code pénal dit « Code Napoléon », qui voit le jour en 1810, reconnaît l'irresponsabilité pénale des malades mentaux en état de démence : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par la force à laquelle il n'a pu résister ». (article 64 Code pénal du 12 février 1810 – Dalloz 2004. 101<sup>o</sup> éd. Paris : Editions Dalloz, 2004.). Une loi d'envergure devient nécessaire, d'une part, pour résoudre la question du financement des asiles et, d'autre part, parce que « la sûreté publique continue à être compromise par les insensés indigents en liberté et la justice demande le concours de l'autorité administrative ». (QUETEL, C., 2009, Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours, Paris, Tallandier.p.286)

Tout est alors à construire, à définir face à la réalité du quotidien des aliénés n'a que peu évolué depuis la révolution.

### 2.2.2 La loi du 30 juin 1838

La loi du 30 juin 1838 détermine que chaque département est tenu d'avoir un asile d'aliénés. Les placements sont de deux ordres : le placement volontaire et le placement d'office.

Dans le cas du placement volontaire, il faut une demande d'admission émanant de l'entourage ainsi qu'un certificat médical émanant d'un médecin étranger à l'établissement. Un médecin de l'établissement rédige alors un certificat dans les vingt-quatre heures, adressé au préfet, qui le notifie à son tour au procureur.

Dans le cas du placement d'office, c'est le préfet qui doit motiver le placement des personnes portant atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes. Le médecin de l'établissement rédige un certificat mensuel en fonction duquel le préfet statue sur la levée ou le maintien du placement. Toute personne internée, tout parent ou ami, peut se pourvoir devant le tribunal pour réclamer une sortie. Cette définition des modalités de prise en charge constitue un socle dont les lois suivantes, en psychiatrie, garderont l'essentiel. Cette loi constitue une avancée pour les droits de la personne souffrant de troubles psychique, le législateur formalisant les placements en asile et offrant un recours.

La loi du 30 juin 1838 incitait donc au développement des asiles. Toutefois, ce n'est qu'après la publication de son décret d'application du 25 mars 1852 que les constructions d'asiles se multiplient véritablement. A la suite de la loi du 30 juin 1838, le nombre des internements croîtra de façon constante jusqu'en 1969. La Révolution française, la loi du 30 juin 1838 et la construction des asiles ont eu un impact majeur sur le statut des personnes souffrant de troubles psychiques. Les aliénés accueillis dans les asiles ont alors théoriquement les mêmes droits que les autres citoyens.

Dans la définition du Larousse en ligne, l'*asile* est "un lieu où l'on peut se réfugier pour être à l'abri d'un danger, d'un besoin... etc".

Mais dans les faits, les conditions d'internement dans les asiles, alliant l'enfermement, les méthodes violentes, la promiscuité, et l'isolement géographique et social, ne permettent ni d'accéder à la dignité ni à la liberté. L'asile ne constitue pas en termes de droits des aliénés une rupture, certes ils ne sont plus en prison mais toujours à l'écart de la société.

### 2.2.3 Le développement de la psychiatrie : une nouvelle discipline médicale

Les aliénistes ont la volonté de créer une discipline médicale dédiée au traitement des aliénés afin d'améliorer leurs conditions d'existence. Ces médecins, responsables des asiles, vont observer, décrire et expérimenter diverses méthodes thérapeutiques. Progressivement au début du 20ème siècle vont s'opérer des changements sémantiques: l'aliéniste va laisser la place au psychiatre, l'aliéné devient le malade mental et enfin l'asile se transforme en hôpital psychiatrique en 1937. Si ces nouvelles appellations sont la traduction d'un regard différent porté sur la maladie, la personne soignée et le soignant, en revanche le système asilaire reste le modèle en France. Cependant, les grands conflits mondiaux du début de ce nouveau siècle vont bouleverser les sociétés occidentales.

### 2.2.4 La Seconde Guerre Mondiale

Durant la guerre 39-45, en France, plus de 40 000 malades mentaux vont mourir de faim. Cette situation dramatique amènera des psychiatres issus de la Résistance, tels Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Georges Daumézon, à réfléchir à un mouvement de désinstitutionalisation et à une tentative de réhabilitation du malade mental dans la cité. Ce changement de paradigme va modifier l'approche clinique et la prise en considération de la dignité des personnes. La découverte des neuroleptiques contribuera également à faire sortir les malades mentaux dans la Cité. Les établissements psychiatriques passent du statut « d'asile d'aliénés » à celui d'hôpitaux spécialisés pour les maladies mentales.

A la suite de la Seconde Guerre Mondiale, l'Humanité, traumatisée par les atrocités de la guerre, se pose la question des droits humains, en terme d'éthique, de dignité, de droits, d'instances internationales, de services, de Santé. L'Organisation des Nations Unies est créée en 1945 et l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948. « La Seconde Guerre mondiale, avec la surmortalité des malades hospitalisés en psychiatrie, a révélé l'ampleur de la crise que traversait l'institution asilaire : conditions de vie déplorables, exclusion sociale, stigmatisation, elle a aussi préparé cette prise de conscience d'un besoin de changement radical dans l'offre de soins. »  
Magali Coldefy La Santé de l'Homme - n°413 - mai-juin 2011

### 2.3. L'ouverture des institutions psychiatriques

La Circulaire du 15 mars 1960 (confirmée par la loi du 31 décembre 1985) relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, consacre le concept de secteur de psychiatrie adulte et la création de structures extra-hospitalières. Le concept de sectorisation est porté par « le groupe de Sèvres » où figurent les psychiatres Georges Daumezon, Lucien Bonnaffé et François Tosquelles. Ce concept insiste sur l'importance de la prévention, de l'accessibilité et de la continuité des soins. Une équipe pluri professionnelle est en charge de la santé mentale de la population d'un secteur géographique de rattachement correspondant à environ 70.000 habitants. Les hôpitaux psychiatriques vont développer progressivement tout un réseau dans la cité. (CMP, CATTP, Hôpitaux de jour)

La politique de secteur et l'ouverture vers l'extérieur des hôpitaux psychiatriques ont également été rendues possibles par les progrès dans le domaine de la psychopharmacologie. En effet, les neuroleptiques ont révolutionné le champ de la psychiatrie. La chlorpromazine, premier neuroleptique, est utilisée par les neuropsychiatres Jean Delay (1907-1987) et Pierre Deniker (1917-1998) en 1952. Ce traitement, commercialisé sous le nom de LARGACTIL, agit efficacement sur de nombreuses manifestations psychotiques, dont les hallucinations. « Avec les nouveaux médicaments, en effet, les manifestations les plus tapageuses de la folie disparaissaient ou étaient rapidement contrôlées, d'où un raccourcissement des durées d'hospitalisation et une multiplication des placements libres et des suivis en cure ambulatoire. » (Id., p. 98).

Rapidement, au cours des années cinquante, les anxiolytiques, puis les antidépresseurs et les normothymiques ou régulateurs de l'humeur vont venir compléter l'éventail thérapeutique des psychiatres. Ces différents traitements médicamenteux permettront une autre forme de relation entre les soignants et les soignés et le recours à la parole dans la thérapie. L'utilisation des traitements psychotropes pose cependant quelques problèmes. Certains patients sont résistants à ces traitements et les effets secondaires sont nombreux et importants.

## 2.4 L'antipsychiatrie

Depuis la création des asiles, les critiques en particulier sur la condition des « fous », sur l'inefficacité des aliénistes furent certes nombreuses. Les années 1960-1970 furent marquées par un fort mouvement antipsychiatrique, dans un contexte de crise de l'Occident, où la société de consommation et les pouvoirs en place font l'objet de vives critiques.

La conviction centrale de l'antipsychiatrie est que les malades mentaux devraient retrouver leurs droits au cœur d'une société capable de les accueillir. Des sociologues, dont l'américain Erwin GOFFMAN (1922-1992) et son étude ethnographique « asiles », publiée en 1961, qu'il définit comme des institutions totalitaires, vont également interroger la fonction de la psychiatrie.

Michel Foucault, philosophe français, porte à son tour ce mouvement, en dénonçant l'ordre disciplinaire imposé par le pouvoir en place par la main des psychiatres. En Italie, Franco BASAGLIA (1924-1980), psychiatre, propose en 1968, non plus d'améliorer l'hôpital psychiatrique, mais de le fermer.

Ces différents mouvements antipsychiatriques interrogent sur la place du fou dans la société et amènent un questionnement éthique sur sa condition.

La folie, si elle existe, est une maladie comme les autres qui doit être traitée comme telle. L'ouverture des institutions, la politique de sectorisation, les progrès des thérapeutiques et la réflexion sur les droits et la place des patients dans la société a conduit à la déconstruction du système asilaire.

Aussi, ce n'est peut-être pas une coïncidence si, en 1970, la loi du 31 décembre intègre les hôpitaux psychiatriques dans la catégorie des Centres Hospitaliers les classant Centres Hospitaliers Spécialisés. L'aliéné est devenu le malade mental. La création de L'UNAFAM en 1963 (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) est une étape importante dans l'évolution de la place des personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage.

## 2.5 La loi du 27 juin 1990

La psychiatrie a une mission complexe. D'une part il s'agit de mettre en œuvre une prise en charge thérapeutique respectant les droits et les libertés des patients,

d'autre part il est question de participer à la protection de l'ordre public. La loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, redéfinit les conditions d'admission, de séjour et de sortie, les obligations des médecins et des établissements, ainsi que les droits des patients hospitalisés. La loi du 27 juin 1990, est l'héritière de la loi du 30 juin 1838.

Cependant, son intitulé montre la volonté du législateur de « redéfinir » également le statut du malade mental. Il s'agit ici des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Le sujet est une personne et ses troubles sont la raison des soins. Un des objectifs de cette loi est de « dépasser définitivement les pratiques asilaires et de développer, hors des enceintes hospitalières, des gammes multiformes de prestations et de services de proximité, intégrées dans la communauté sociale et mieux adaptées aux besoins des populations ». Sénat séance du 18 avril 1990 [http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1990/04/s19900418\\_0345\\_0396.pdf](http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1990/04/s19900418_0345_0396.pdf),

## 2.6 Démocratie sanitaire

Dans la décennie suivante, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé », renforce encore les droits des patients notamment en terme d'information et de consentement aux soins. La participation des associations de malades et d'usagers est élargie notamment au sein des Commissions Départementales d'hospitalisation Psychiatrique ( CDHP ).

La loi du 4 mars 2002, instaurant le concept de démocratie sanitaire met également en place les Commissions de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge ( CRUQPC ) qui sont chargées de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. La loi modifie également les modalités d'hospitalisation des personnes en hospitalisation d'office car même en cas d'urgence, un avis médical doit motiver la nécessité des soins.

Ces nouvelles réformes ont renforcé les droits du patient, et opéré un changement de paradigme concernant le malade mental. Elles affirment une conception où ce dernier est considéré comme un sujet ayant les mêmes droits que tous et qui devient

acteur du soin.

« La démocratie sanitaire implique en premier lieu la reconnaissance du droit de chacun à être informé et à être associé aux stratégies thérapeutiques. C'est aussi le droit de chacun de participer aux choix collectifs en matière de santé, au niveau local comme au niveau national. »Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale – Jean-Luc Roelandt – avril 2002.

## 2.7 Les groupes d'entraide mutuelle ( GEM )

Introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs essentiels dans le paysage de la compensation du handicap et de la restriction de la participation à la vie sociale. Le GEM est un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité. Il est organisé sous forme associative et constitué entre personnes ayant des troubles de santé similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité ; il offre un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Les GEM sont dédiés aux personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise.

La création des GEM est un évènement majeur dans l'évolution du statut social des personnes souffrant de troubles psychique. Les ARS donnent des enveloppes budgétaires annuelles permettant à des personnes souffrant de troubles psychiques de créer des associations, et par là même de concrétiser leur pouvoir d'agir de citoyens, de mener des actions au sein de la communauté pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

32,9 millions d'euros ont ainsi été délégués aux ARS pour le financement de ces dispositifs en 2017. En 2018, les 466 GEM ont accueilli plus de 65000 personnes. CNSA Juin 2018, *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM)* Année 2017

## 2.8 .Législation depuis les années 2010

### 2.8.1 La loi du 5 juillet 2011

La loi du 5 juillet 2011 est entrée en vigueur le 1er Août 2011. Elle sera modifiée en 2013 et 2016.

Ces trois lois successives réforment les modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement. Elle intervient dans un contexte caractérisé par la progression du nombre des mesures d'hospitalisation sous contrainte, et le recours toujours plus important aux procédures d'urgences. Les juges des libertés et les avocats interviennent désormais pour contrôler la légalité externe et interne des mesures de soins sous contrainte. Le pouvoir des directeurs d'hôpitaux, ou leur responsabilité, c'est selon, est renforcé par la loi du 5 juillet 2011.

La loi du 5 juillet opère une rupture terminologique. Ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée, mais les soins. Elle maintient en revanche la grande division entre la procédure à la demande d'un tiers et la procédure à la demande du représentant de l'Etat. Cependant, les aspects sécuritaires de la loi du 5 juillet 2011, inquiètent certains soignants qui craignent un retour à des pratiques anciennes et à une augmentation du nombre de personnes soignées sans leur consentement. C'est d'ailleurs ce qu'il s'est produit. « La loi du 5 juillet 2011 paraît osciller entre deux logiques contradictoires : d'un côté, elle affirme promouvoir les droits du malade, de l'autre, dans une optique « sécuritaire », elle renforce la contrainte aux soins ». COFFIN J.C., 2011, Consentement un petit détour par l'histoire, Santé mentale, N°161, pp. 32-37.

En 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli plus de 92 000 personnes âgées de 16 ans ou plus en soins sans consentement, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie. Questions d'économie de la santé n° 222 - février 2017

Le nombre de personnes recevant des soins sans consentement en 2018 s'élève à 95 600 personnes, contre 94 000 en 2016, 92 000 en 2015 et 77 000 en 2012, soit 24 % de hausse en 6 ans. Les lois de 2011, 2013 et 2016 n'ont pas atteint un de leur objectif qui était de limiter le nombre de personnes soignées sans leur consentement.

On peut y voir une dérive inquiétante quant aux libertés des personnes souffrant de troubles psychiques.

### 2.8.2 La loi de modernisation de notre système de Santé du 26 janvier 2016 ( LMSS )

La loi de modernisation de notre système de Santé du 26 janvier 2016 n'apporte pas d'éléments modifiant significativement la place des personnes souffrant de troubles psychiques, pour autant symboliquement elle affirme la place incontournable des usagers dans le système de Santé. Il est en effet question dans son premier article de la possibilité de création d'une union nationale des usagers. Par ailleurs la loi du 26 janvier 2016 nomme également les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) comme acteurs dans l'élaboration des politiques territoriales de Santé. Cela étant, la loi ne définit pas précisément les missions, la composition ni le pilotage des CLSM. Nous allons centrer notre recherche sur les CLSM, à partir d'une première expérience d'un CLSM qui malgré quelques réunions en vue de sa création n'a, à ce jour, pas perduré. Il sera ici question de comprendre ce qui est nécessaire à la création d'un CLSM opérant. Il s'agira donc de comprendre ce qui peut faire communauté, en quoi les CLSM sont des dispositifs importants pour la promouvoir la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques et lutter contre leur discrimination et leur stigmatisation.

Toutes les avancées législatives en faveur des droits et des libertés des personnes soignées n'auront qu'un impact limité si les représentations sociales négatives les concernant n'évoluent pas significativement. Certes les GEM ont permis une avancée, mais la stigmatisation et la discrimination sont encore des problématiques récurrentes qui freinent l'inclusion des personnes soignées au coeur de la communauté.

La question de l'accès à une pleine citoyenneté posée en 1789 concernant les personnes souffrant de troubles psychiques reste 230 plus tard, une visée à atteindre. Les actions durant les semaines d'information sur la santé mentale, la généralisation de la pair-aidance et des conseils locaux de Santé mentale doivent donc être poursuivis.

### 3. La Santé mentale communautaire à ce jour

Pour poursuivre notre réflexion il est essentiel de définir maintenant ce qu'est la Santé Mentale, de préciser son impact en termes de prévalence et de coût des troubles psychiques.

#### 3.1 Constats de ces dernières décennies : quelques chiffres clefs

En 2015, en France, la psychiatrie représente :

- 2,4 millions de personnes prises en charge en établissement de santé, 569 établissements de santé autorisés en psychiatrie et 20,5 millions d'actes en ambulatoire
- Selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie.
- 8948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine (soit 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route). Enfin, on observe 200 000 passages aux urgences pour tentative de suicide par an.
- Les troubles mentaux (maladies psychiatriques ou consommations de psychotropes) représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros.

Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an.

Les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants souffrent généralement d'un grand isolement, d'une perte de capacité à entreprendre, à vivre dans un logement autonome, à tenir un emploi et à réaliser les actes de la vie quotidienne et souvent en rupture des liens familiaux et sociaux. Ces effets, conjugués à la stigmatisation et, le cas échéant, à des hospitalisations prolongées et répétées en psychiatrie, elles-mêmes facteur de désinsertion sociale, amènent fréquemment les personnes à la perte de leur logement, à l'errance et à l'exclusion sociale. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie, comité stratégique de la Santé Mentale et de la psychiatrie, Juin 2018.

La Santé mentale nous concerne tous, nous, usagers, proches, professionnels, élus et citoyens. Or, comme le dit Denys ROBILLIARD, rapporteur de la mission Santé mentale et psychiatrie : « Par méconnaissance, les maladies mentales font peur. Les malades et leur famille en souffrent quotidiennement. La stigmatisation dissuade des personnes atteintes de consulter un spécialiste, retarde ainsi le diagnostic et augmente les effets des maladies mentales sur les personnes et la société. » 1 OMS 2014

### 3.2 Définition de la Santé mentale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la Santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Il n'y a alors pas de Santé sans Santé mentale. La Santé mentale : « est une composante importante de notre Santé. C'est la recherche permanente d'un équilibre entre toutes les dimensions de notre vie : émotionnelle, psychique, physique, spirituelle, économique. Notre Santé mentale est influencée par nos conditions de vie (logement, activité, ressources...), les évènements marquants de notre vie (rencontres, deuils, séparations...) la société dans laquelle nous vivons et nos valeurs personnelles ». *PSYCOM*

La Santé mentale n'est donc pas l'absence de troubles psychiques, une personne pouvant vivre avec des troubles psychiques et ressentir un état de bien-être global. L'OMS ajoute également que « la Santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». On perçoit dans cette dernière idée que la citoyenneté participe à la Santé mentale.

### 3.3 Notion de *Communauté* en santé mentale

Puisqu'elle nous concerne tous, il est important que la santé mentale et les outils pour l'améliorer soient mis au-devant de la scène afin de sensibiliser tous les acteurs de la société à cette problématique. Le but étant l'intégration des malades dans la communauté de la meilleure façon possible. Face aux facteurs aggravant la

désolidarisation, il est sans doute possible de recréer du lien afin de redéfinir la communauté. Des constats:

- une crise des modèles généralistes de solidarités institutionnelles
- une décentralisation en faveur des grandes villes
- une fragmentation territoriale et sociale
- une politique de bien commun qui n'est pas définie mais qui se met en place sous différentes formes dans les territoires ruraux.
- et un parcours de soin en psychiatrie qui essaie de s'éloigner du centre hospitalier.

Dès lors la «communauté-territoire» comme la définit Claude Jacquier se fonde sur l'équilibre dynamique de trois éléments constitutifs : lieux, gens, institutions.

Sur la base de ses trois fondements vont s'élaborer des dynamiques de pouvoirs qui sont constamment redéfinies. Face à cette décentralisation qui génère de nombreuses inégalités territoriales et cet éclatement des anciens modèles de régulation de la vie sociale, la communauté comme territoire peut revenir.

Il s'agirait donc d'activer et de relier ses trois leviers que sont le lieu (domicile, travail), les institutions (sphères économiques et politiques) et les individus.

Dans un contexte où les pouvoirs publics locaux sont de plus en plus décriés, se trouvant souvent dans l'incapacité financière et technique de mettre en place des politiques locales de santé durables, ils doivent s'appuyer non seulement sur le personnel médical mais également et de façon prioritaire sur les cercles de socialisation des usagers en santé mentale.

Ainsi, la communauté en psychiatrie est composée de plusieurs acteurs fondamentaux que sont l' élu /le maire, le personnel médical et les habitants

Comme nous l'avons vu, la notion de communauté est fragile et dynamique, en constante redéfinition.

Cependant, ici, le rôle de la puissance publique (élu, maire) n'est plus de réguler à elle seule le territoire mais de faciliter, de jouer un rôle de coordinateur.

De part ses compétences (régulation urbaine, communication, etc.), l' élu peut faciliter la consolidation de la communauté et également appuyer le personnel médical pour faciliter l'ouverture, la compréhension du domaine de la psychiatrie (campagnes de santé publique, acceptation du handicap qui est très marginalisé, y compris dans les milieux ruraux qui ne sont pas moins impitoyables que les villes avec les personnes souffrant de handicap).

Mais la construction de la communauté doit passer principalement par les cercles de socialisation que sont le milieu associatif (sportif, etc.), le milieu éducatif qui doit collaborer avec le personnel soignant de manière plus régulière.

Il est intéressant de réfléchir à la notion de *lieux* ici que Claude Jacquier définit comme l'endroit où les gens vivent et travaillent, l'unité de lieu effectivement est fondamentale et les retours d'expériences des évolutions récentes des parcours de soin en psychiatrie, notamment la transition vers les hôpitaux de jour confirment l'importance de l'écosystème local dans la reconstruction et la socialisation des patients.

Si la notion de communauté-territoire est intéressante et nous permet d'analyser la situation actuelle des collectivités locales françaises, celle-ci reste théorique.

En effet, de nombreux obstacles sont présents pour construire une communauté psychiatrique durable :

- En milieu rural, la plupart des habitants ne travaillent pas forcément au même endroit où ils habitent, diminuant ainsi le temps de loisirs qu'ils peuvent passer sur le territoire et leurs interactions avec les autres habitants

- La plupart du personnel médical est constamment en surcharge de travail, ainsi des réunions supplémentaires et la mise en place d'une communauté, son animation apparaissent impossibles pour la plupart des soignants

- La puissance publique est limitée dans son action, la santé n'étant pas directement une compétence de l'échelon municipal

- Si les associations sportives sont de plus en plus sensibilisées aux enjeux de la santé mentale et que des cours spécifiques sont ouverts aux personnes souffrant d'un handicap, le travail est encore long dans les établissements scolaires, y compris spécialisés.

L'ensemble des relations d'un individu forme ainsi son réseau social. Ce support social peut être défini comme l'aide ou la protection que quelqu'un reçoit de ses relations sociales.

En psychiatrie l'intérêt pour les réseaux part de la constatation de l'existence de facteurs autres que ceux de la pathologie dans l'apparition de troubles psychiques, ainsi que de leur évolution.

La santé mentale communautaire, c'est l'association et l'implication active de la population et des différents acteurs qui ont cet intérêt commun pour les déterminants psychosociaux qui influencent la santé mentale, ce qui permet une approche locale des problèmes de santé mentale, notamment en termes de promotion.

La notion de santé communautaire a été définie par l’OMS à Alma-Ata en 1978 comme suit « la participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d’une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, et d’autre part, développent leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de leur communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et à être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les conduit à être des agents de leur propre développement, au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de leur propre développement ». La communauté – Claude Jacquier (2011)

#### 4. Les outils à la disposition des élus locaux

Les élus, en tant que représentant de leur commune peuvent ainsi participer à la création du lien social des personnes fragilisés par le biais des dispositifs de santé mentale. Nous allons voir qu’outre le contrat local de santé (CLS) à visée générale en matière de santé, le CLSM peut être un outil puissant mis au service des élus, vecteur d’intégration des malades dans la communauté et ainsi améliorer leurs conditions de vie.

##### 4.1. Le Contrat local de santé

Instaurés par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de juillet 2009 et destinés à faire converger politique régionale des Agences Régionales de Santé (ARS) et initiatives locales, dans l’esprit de la Loi, le contrat local de santé, construit à partir d’une démarche collective et participative, vise conjointement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la construction d’une offre de santé de proximité en coordonnant l’action des ARS et des collectivités territoriales dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, du soin et de l’accompagnement médico-social.

Cette plateforme de travail collectif, encore à investir pleinement, devrait permettre de fonder une action publique en santé en travaillant sur les déterminants de santé et de réinterroger les racines des inégalités sociales et territoriales de santé – même si l’approche conceptuelle mérite encore d’être clarifiée –. Elle constitue une opportunité dont il faut se saisir pour créer des passerelles entre des institutions, des milieux, des secteurs de politiques souvent cloisonnés et des cultures parfois éloignées, articuler un ensemble de dispositifs et progresser dans la mise en œuvre de la démocratie en associant les habitants à la réflexion.

Instruits d'une première expérience, les CLS de seconde génération – voire de troisième – s'annoncent mieux structurés et plus recentrés. Cependant, il apparaît nécessaire de poursuivre un travail de plaidoyer auprès des élus afin que les contrats locaux prennent tout leur sens et jouent leur rôle d'interface. Cela passe sans doute par une explicitation des enjeux reliés à la question des inégalités sociales de santé, et particulièrement du rôle essentiel des collectivités territoriales dans ce domaine au-delà de la « simple » organisation d'une offre de soins de qualité.

Il est aussi indispensable d'interroger les moyens mis en œuvre dans les territoires pour que les coordinateurs disposent du temps et de la légitimité nécessaires à l'exercice de leurs missions ; il est peut-être temps aussi de donner des outils et de proposer des stratégies opérationnelles aux acteurs pour que l'implication des habitants se poursuive au-delà des diagnostics. Mais cela implique en amont, de redéfinir « ce que projet participatif veut dire ».

## 4.2. Les Conseils Locaux de Santé Mentale ( CLSM )

### 4.2.1. Notions générales

Pour rappel, selon le CCOMS le Conseil Local de Santé Mentale est défini comme « une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire.»

La mise en œuvre d'un CLSM nécessite de faire un diagnostic partagé préalable qui doit mobiliser les élus de façon à ne pas décréter la mise en place du CLSM. L'engagement des politiques et le sens donné à leur présence dans le dispositif doit répondre à leurs attentes.

L'étude préalable doit permettre de délimiter un bassin d'exercice du CLSM pertinent, d'évaluer les connaissances, les ressources et les besoins des futurs partenaires et de définir les publics ou thématiques prioritaires.

### 4.2.2. Analyse d'un questionnaire sur le territoire *Terres des Confluences*

Au niveau méthodologique, nous avons donc profité d'une conférence des maires à l'initiative du Président de la Communauté des communes « Terres des confluences » qui réunit deux fois par an les 22 maires .

C'était l'opportunité de solliciter les élus pour répondre à un questionnaire nous permettant de faire une analyse sur le secteur et de comprendre quelles sont les connaissances et les avis des élus sur la santé mentale communautaire.

Lors de cette réunion qui se déroulait quelques jours après la signature de CLS, j'en profitais pour lire un texte et présenter le questionnaire.

Au-delà des réponses, cela m'a permis d'écouter les commentaires de certains.

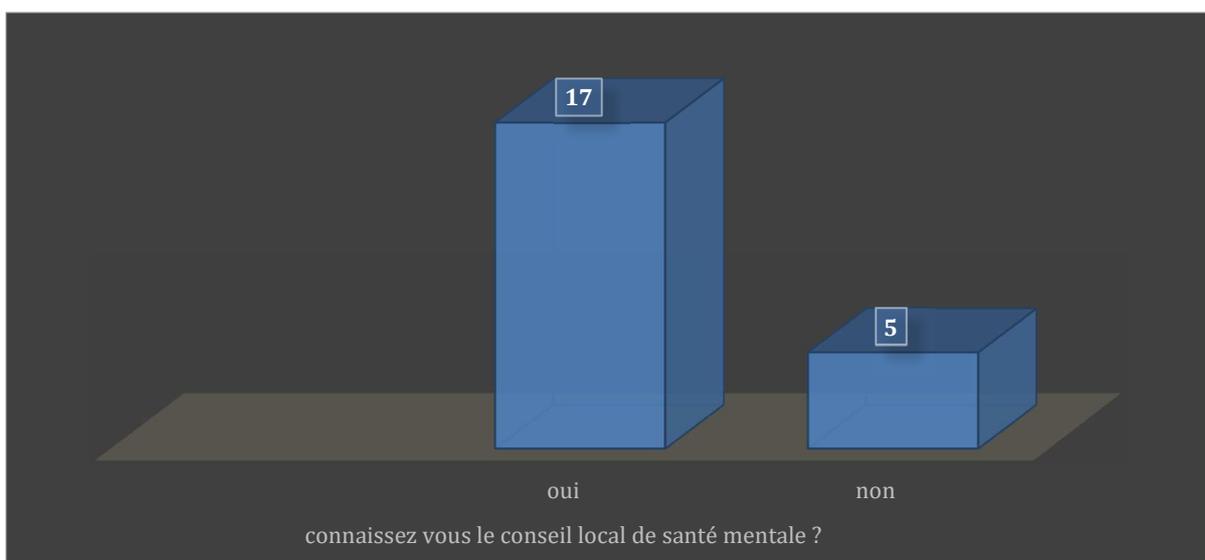
Sur les 22 communes, tous les maires ont répondu. Sur l'ensemble, 3 questionnaires ne sont pas intégralement renseignés car ils ne se sentaient pas concernés par les situations exposées. Les 19 autres communes ont rempli entièrement le questionnaire.

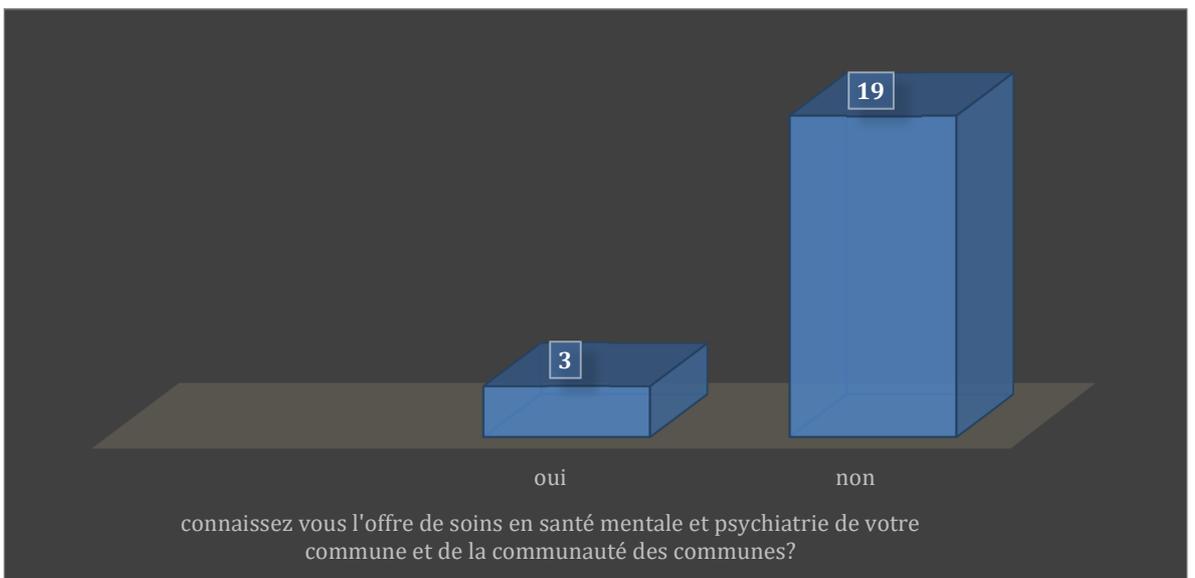
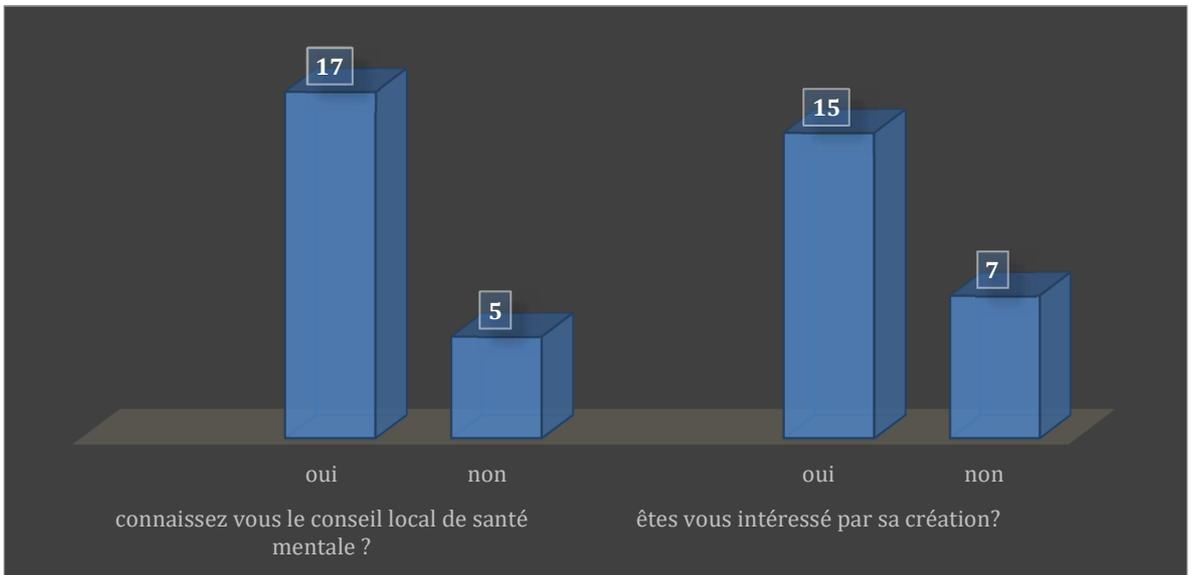
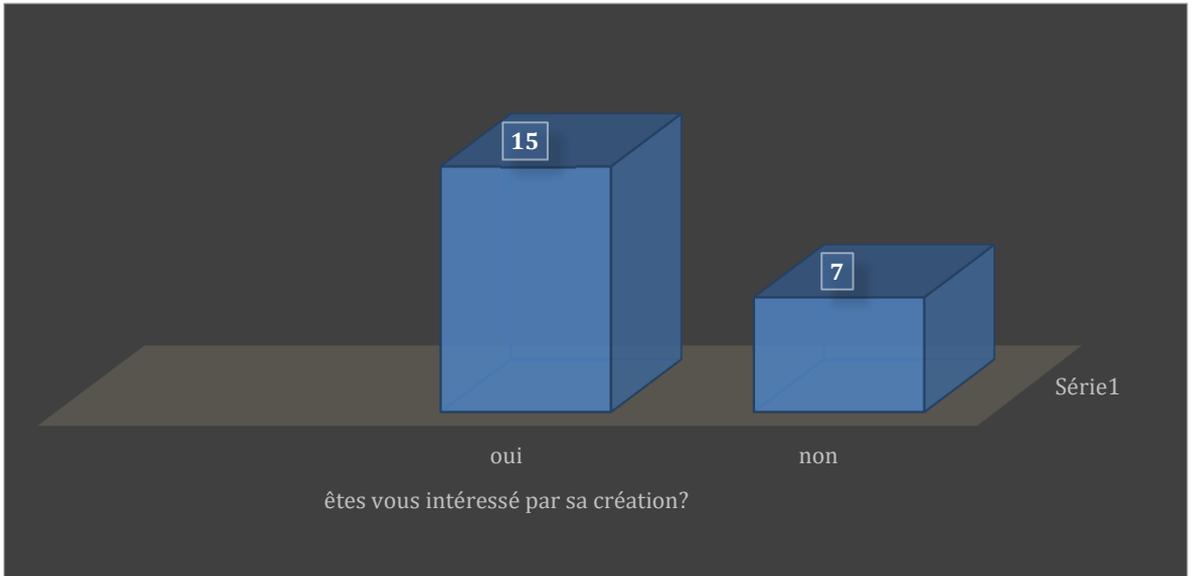
Les 3 maires qui ont répondu partiellement sont ceux des 3 plus petites communes de la communauté de communes.

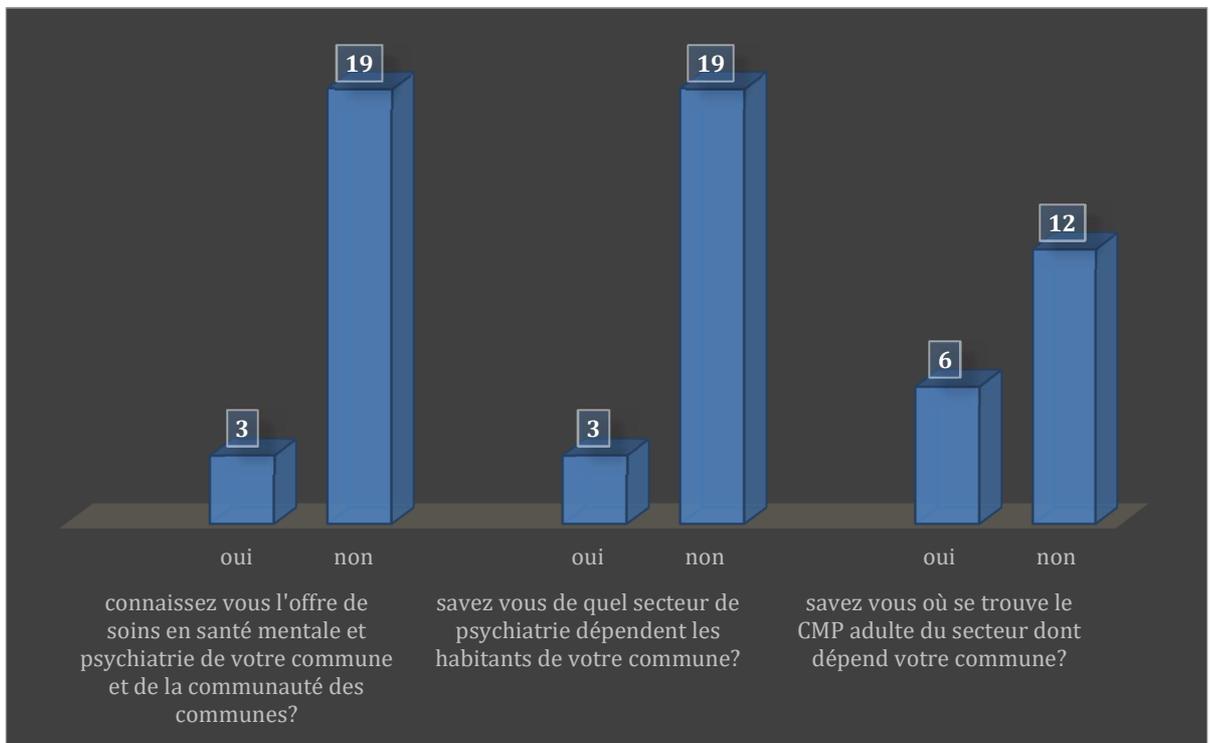
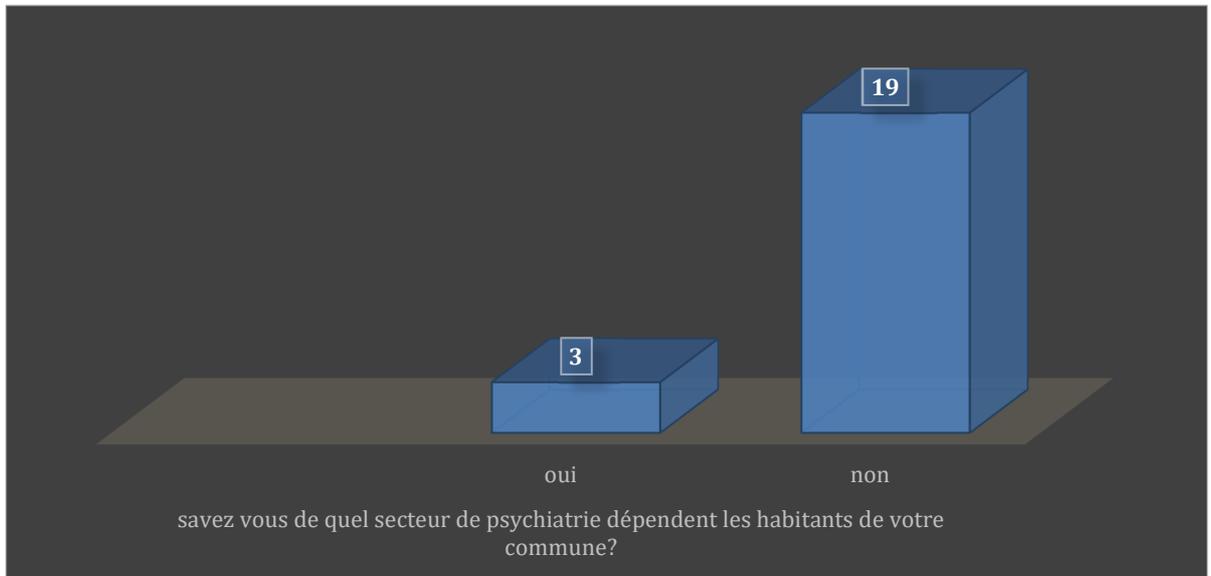
Ceux qui m'ont manifesté un vif intérêt pour la démarche :

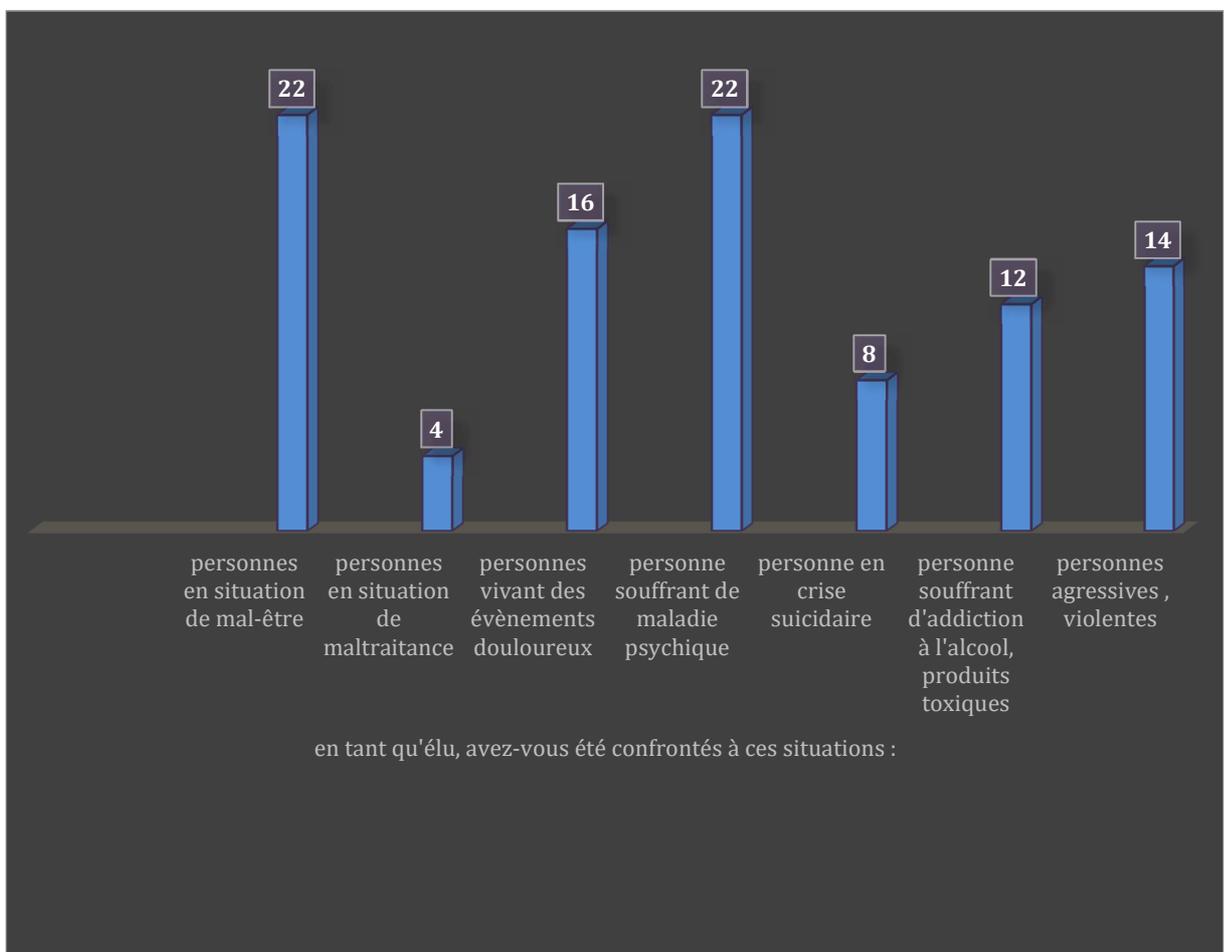
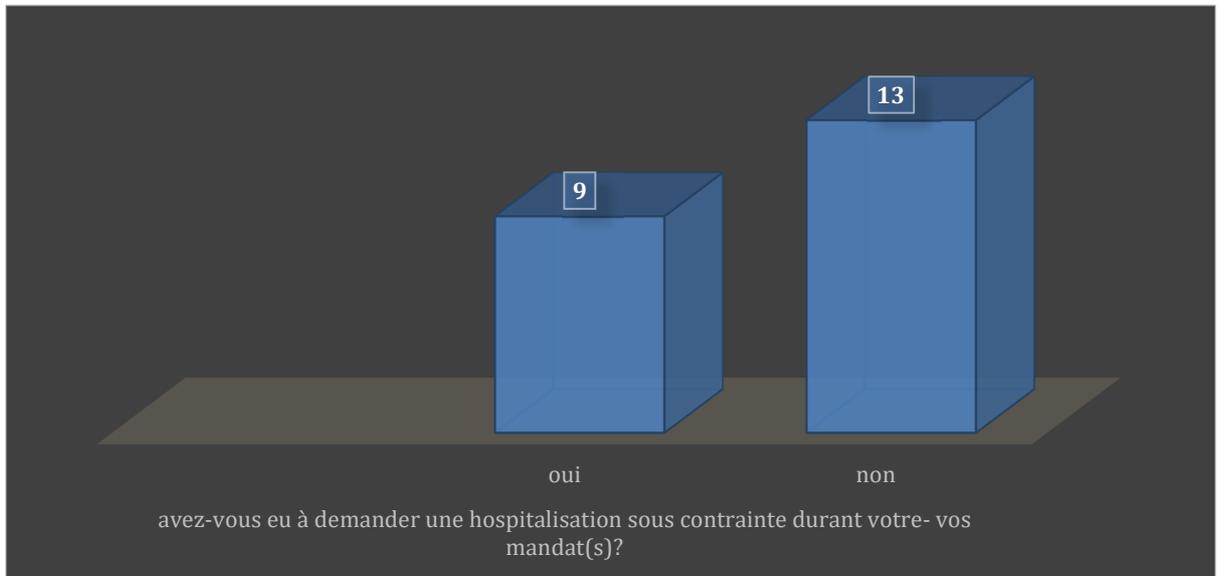
- Les maires des principales Communes qui ont des CCAS importants, des structures telles que des CMP et hôpitaux de jour sur leur commune.

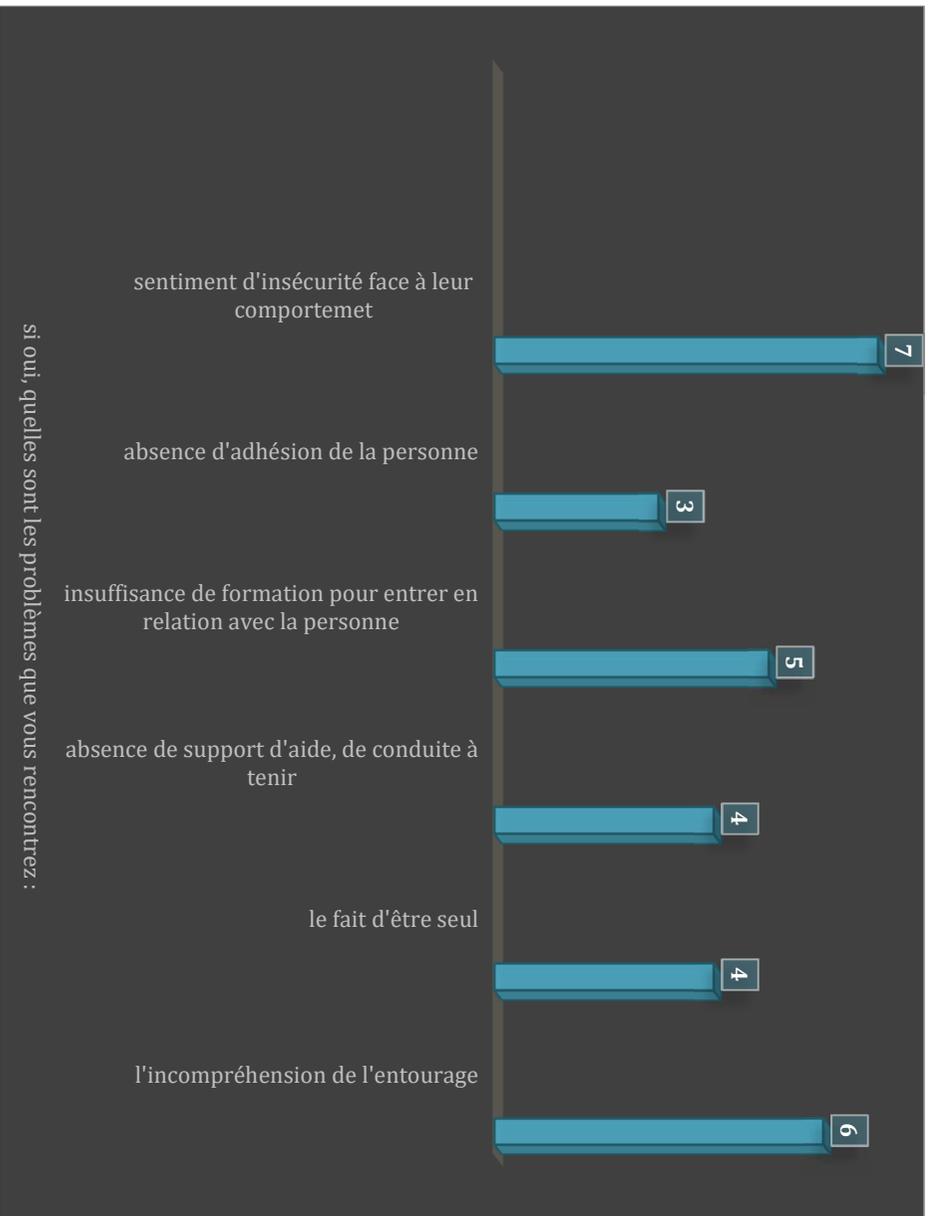
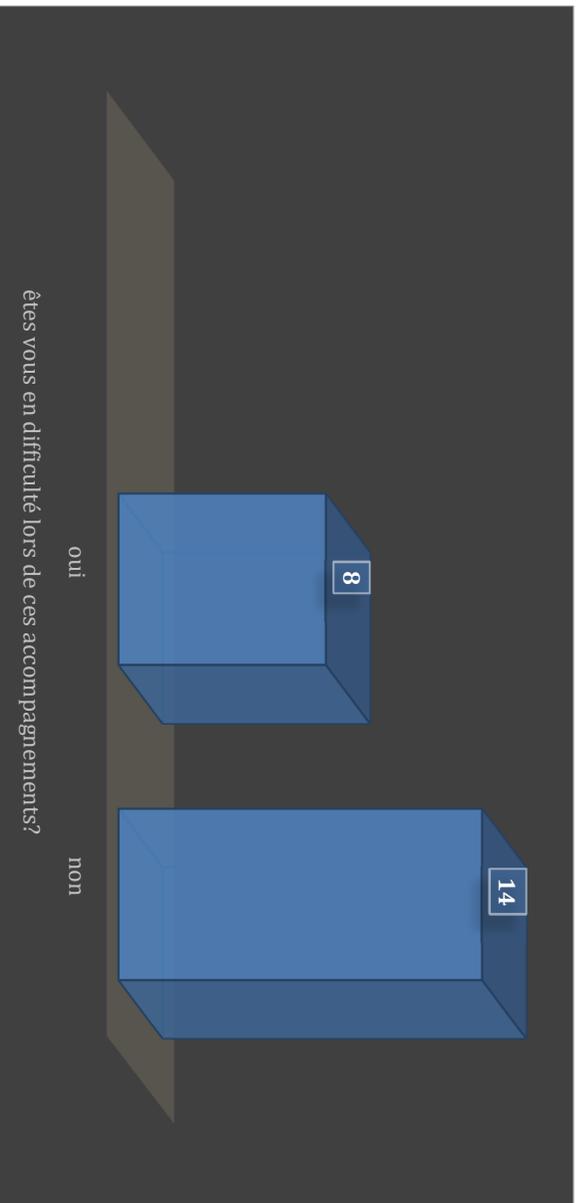
- D'autres m'ont directement parlé de situations précises et de leur difficulté à être seul et à mobiliser des partenaires tels que les Maisons de Santé.

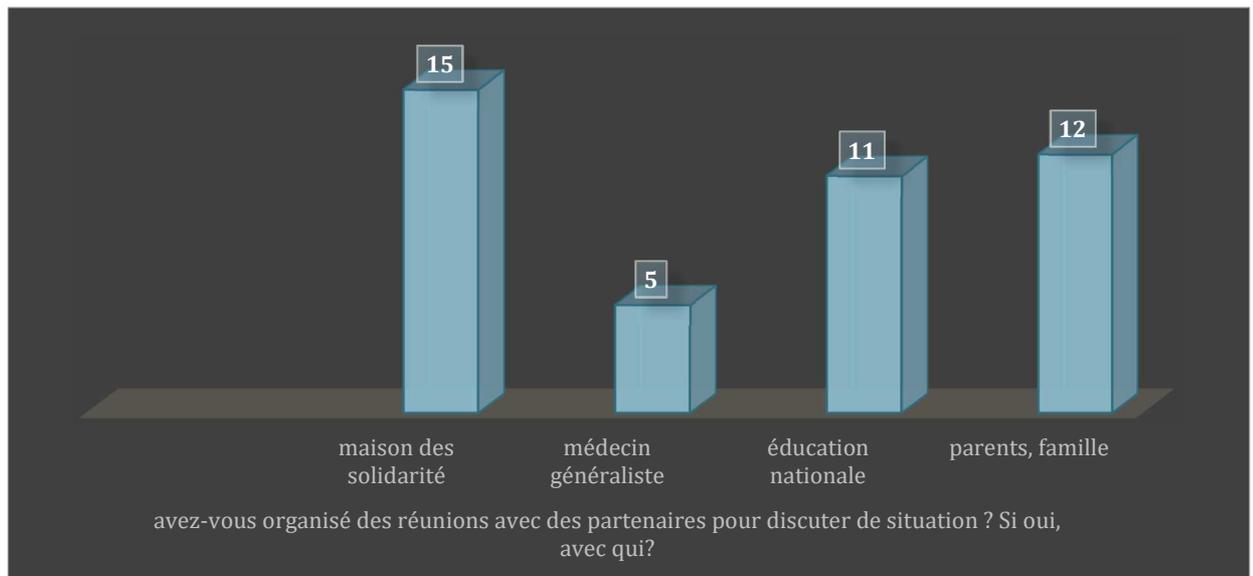












L'analyse des résultats et bien plus encore les discussions, échanges avec les élus m'indiquent que le chemin est long. Le questionnaire s'est révélé comme le moyen de parler, de se dire nos difficultés d'élus et pour certains la solitude dans certaines situations. La représentation de l'utilisateur en santé mentale n'est pas commune, les élus se sentent à la fois concernés mais souhaiteraient « psychiatriser pour être tranquille ». Nombre d'élus m'ont fait part de leur incompetence et que lorsqu'ils étaient confrontés à des difficultés, ils contactaient la responsable du pôle social de la communauté des communes.

La méconnaissance de l'organisation de l'offre des soins en Santé Mentale, du CMP, des SISM par les élus démontre de façon évidente le travail d'information nécessaire. On peut aisément avancer que concernant l'accès aux soins, et en particulier aux soins dans la cité, si les maires eux mêmes ne connaissent pas les modalités d'accès aux soins, ni même les SISM, alors une personne isolée socialement ne les connaîtra pas. Il reste énormément de travail...

De plus, la question de la coordination est essentielle. L'existence même du CLSM est liée au recrutement et donc au financement du coordonnateur de CLSM.

La période pré-électorale est peu propice à une implication des maires et élus dans la démarche de création de CLSM mais un plan d'action va être proposé à la prochaine réunion de la commission action sociale et santé.

Nous allons travailler avec des usagers en santé mentale à la création d'un *arbre des idées reçues* afin de sensibiliser le plus grand nombre aux préjugés véhiculés en santé mentale pour

lutter contre la stigmatisation. Cet arbre sera d'abord exposé à la Communauté des communes puis partira se promener dans les mairies.

Avec l'aide des CCAS des 2 communes principales, nous allons promouvoir les SISM auprès des « petites municipalités ».

Un effort de communication de la psychiatrie et de la santé mentale est nécessaire.

Il faudra s'appuyer sur le PTSM pour envisager des actions de communication.

La difficulté sera de faire vivre le CLSM car ce dispositif reste fragile du fait des incertitudes politiques.

A LOCMINÉ un arbre est en train de pousser également. Il sera à maturité pour le printemps 2020 et les SISM. Il devrait se promener sur des marchés accompagné de personnes concernées par les troubles psychiques. Une des dix thématiques du PTSM concerne le développement des CLSM et de la pair aidance. Un appel à projet a été lancé pour créer une plateforme départementale de pairs aidants. Le CLSM s'appuyant sur la communauté de communes centre Morbihan est toujours un projet envisageable, mais à ce jour les élus ne sont pas tous encore convaincus de sa pertinence.

## **Conclusion**

Le DIU Santé Mentale dans la communauté a produit de nombreux changements pour nous cadres de santé exerçant en psychiatrie. Les diverses interventions, visites et rencontres, nous ont permis de consolider nos convictions, nos connaissances et nos questionnements. Nous avons été interpellés par la nécessité de promouvoir la nécessité de la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. L'écrit que nous avons réalisé à deux, n'est d'ailleurs pas l'essentiel. Ce qui a le plus modifié notre vision de la Santé Mentale, ce sont à la fois la pluralité des étudiants au DIU et la richesse des échanges. Nous avons choisi de réaliser ce travail de recherche à deux pour prolonger ce partage.

Nos questionnements se sont portés sur l'évolution du statut social des personnes souffrant de troubles psychiques, sur la notion de Santé communautaire, et la mise en œuvre d'un CLSM.

L'étude de l'évolution du statut nous a permis de mesurer qu'il reste du chemin pour une pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous avons pu mesurer l'importance de la création de nombreux GEM dans le processus d'empowerment. Le CLSM peut être un outil supplémentaire de démocratie en Santé. favorisant la citoyenneté. Nous en sommes tous les deux convaincus. Cependant les professionnels de la psychiatrie, avec les usagers, les citoyens concernés et militants contre les discriminations, doivent poursuivre leurs efforts, pour informer et convaincre les élus de la pertinence d'un CLSM. L'analyse des questionnaires nous montre du moins sur une échelle locale, qu'il manque un espace de concertation, de coordination instaurant une politique locale en santé mentale. Si nous sommes en attente de l'engagement des élus, il faut également que nous soyons, de notre côté, en mesure de faire communauté, de promouvoir la Santé mentale en poursuivant le redéploiement des moyens au coeur de la cité, en ne se limitant pas à accueillir mais en allant vers les citoyens souffrant de troubles psychiques pour les accompagner dans leur rétablissement.

*«caminante, no hay camino, [toi qui marches, il n'existe pas de chemin,]*

*se hace camino al andar.* [en marchant on fait le chemin.]

*Al andar se hace camino, [Le chemin se fait en marchant,]*

*y al volver la vista atrás [et lorsqu'on se retourne]*

*se ve la senda que nunca [on voit le sentier que jamais]*

*se ha de volver a pisar. » [on n'empruntera à nouveau.]*

Antonio Machado

## Voyage en acronymie

**AFP** : Association française de psychiatrie

**AMF** : Association des Maires de France

**ARS** : Agence régionale de santé

**CATTP** : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

**CCAS** : Centre Communal d'action sociale

**CCOMS** : Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé

**CCTC** : Communauté des communes Terres des Confluences

**CDHP** : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques

**CDU** : Commission des usagers

**CHG** : Centre hospitalier général

**CLS** : Contrat local de santé

**CLSM** : Conseil local en santé mentale

**CMP** : Centre médico-psychologique

**CMPS** : Centre médico-psychologique de secteur

**CMS** : Centre médico-social

**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**COPIL** : Comité de pilotage

**CRUQPC** : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge

**CTSM** : Contrat territorial de santé mentale

**DDHC** : Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

**DIU** : Diplôme inter-universitaire

**EHESP** : École des hautes études en santé publique

**EPSM** : Établissement public de santé mentale

**GEM** : Groupe d'entraide mutuel

**HO** : Hospitalisation d'office

**HPST** : Hôpitaux, patients, santé et territoires

**LEADER** : Programme européen de liaison entre actions de développement de l'économie rurale

**LMMS** : Loi de modernisation du système de santé

**Loi NOTRe** : loi portant nouvelle organisation territoriale de la République

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PARI** : Association spécialisée dans l'action sociale sans hébergement

**PSYCOM** : Organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale

**PTSM** : Projet territorial de santé mentale

**SISM** : Semaines d'information en santé mentale

**UNAFAM** : Union national de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées

## Bibliographie

### Ouvrages

- Bonnafé Lucien - 1991 - Désaliéner ? Folie(s) et société(s)
- Coffin J.C - 2011 - Consentement un petit détour par l'histoire, Santé mentale, N°161, pp. 32-37.
- Dictionnaire Larousse en ligne, définition de l'asile
- Durkheim É. - 1898 - L'individualisme et les intellectuels

### Articles

- Circulaire du 15 mars 1960 sur le nouveau rôle des départements
- Coldefy Magali- mai-juin 2011 - La Santé de l'Homme - n°413 -
- Comité stratégique de la Santé Mentale et de la psychiatrie, Juin 2018 - Feuille de route Santé mentale et psychiatrique -
- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen ( DDHC ) 1789
- Ehrenberg Alain -2014 - Narcissisme, individualisme, autonomie : malaise dans la société ?
- Goffmann Erwin - 1961 - étude ethnographique « asiles »
- Loi du 30 juin 1838 dite loi des aliénés qui traite des institutions et de la prise en charge des malades mentaux.
- Loi du 31 décembre 1985 sur la reconnaissance des “secteurs”
- Loi du 31 décembre en 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, parfois surnommée loi Mazeaud
- Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
  
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les Groupes d'entraide mutuelle (GEM)
- Loi de juillet 2009 Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST)  
Loi du 5 juillet 2011- *Réforme des modalités de soins en psychiatrie*
- Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, également connue en tant que Loi NOTRe

- Loi de modernisation de notre système de Santé du 26 janvier 2016 ( LMSS )
- OMS - 2005 - Définition de la santé mentale - Conférence européenne d'Elsinki
- Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui? - Claude Jacquier dans Vie sociale 2011/2 (N° 2), pages 33 à 48
- Questions d'économie de la santé n° 222 - février 2017
- Revue française de psychanalyse, vol. 78(1), 98-109.
- Robillard Denys 1 OMS 2014
- Roelandt Jean-Luc - avril 2002 - Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale Sénat séance du 18 avril 1990 [http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1990/04/s19900418\\_0345\\_0396.pdf](http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1990/04/s19900418_0345_0396.pdf)

## **Annexes**

### **Texte introductif au questionnaire à destination des maires de la communauté des communes**

Mesdames, messieurs, chers élus,

Au-delà de mes mandats électifs, je continue d'exercer en tant que cadre de santé au sein du centre hospitalier de Montauban.

Mon parcours professionnel m'a amené à devenir le responsable des structures de psychiatrie infanto juvénile du secteur allant de Beaumont de Lomagne à Valence d'Agen en passant bien sûr par Moissac et Castelsarrasin.

Plus particulièrement sur le CMP de Moissac de Castelsarrasin ainsi que l'hôpital de jour petite enfance de Castelsarrasin.

Je termine un diplôme inter universitaire sur la santé mentale en communauté.

J'ai choisi comme thème de mémoire de fin d'étude, les préalables nécessaires à la création d'un conseil local de santé mentale.

Le CLSM s'inscrit dans notre communauté dans un axe du CLS signé le 28 aout.

Je souhaite profiter de notre réunion pour vous transmettre un questionnaire.

En effet, notre proximité fait de nous, les maires, élus de proximité les plus à même de détecter des troubles mentaux des administrés.

Savez-vous que l'OMS estime que les troubles mentaux représenteront la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés. La morbidité étant le pourcentage des individus malades dans une population, dans un temps donné, d'une maladie particulière ou de l'ensemble des maladies

Le système de soin n'est pas le seul déterminant de santé.

Les politiques publiques ont aussi une importance.

Nous agissons sur l'environnement, l'alimentation et logement.

L'objectif de mon travail sera de nous fixer une feuille de route, d'envisager notre engagement en tant qu'élus, notre articulation avec les services de soins de psychiatrie pour répondre au mieux aux besoins des citoyens, améliorer leur parcours de soin, leur inclusion sociale.



insuffisance de formation pour entrer en relation avec la personne	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
absence de support d'aide, de conduite à tenir	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
le fait d'être seul	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
l'incompréhension de l'entourage	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

<b>avez-vous organisé des réunions avec des partenaires pour discuter de situation</b>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
si oui, avec qui ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
maison des solidarités	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
médecin généraliste	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
éducation nationale	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
parents, famille	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
autres	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>



## Résumé

La Santé Mentale dans la Communauté constitue un vrai défi pour ces prochaines décennies. Face à l'augmentation de la souffrance psychologique et à l'effritement du lien social, il s'agit ici de faciliter l'inclusion des individus vulnérables dans la Cité et favoriser leur rétablissement. Le Conseil Local de Santé Mentale est un outil puissant permettant d'associer usagers de la psychiatrie, professionnels de santé, institutions locales et associations pour *sécréter* un décloisonnement des secteurs, créer des réseaux et prendre en compte au plus près la réalité complexe des publics vulnérables.

Sur le terrain, les exemples de nos deux territoires montrent que, malgré des avancées notables, tout reste à construire et/ou à consolider. Les actions menées cherchent un second souffle.

L'évolution législative va dans le sens de la prise en compte du statut de Citoyen des usagers et du fait que la réponse médicale ne peut être la seule réponse à l'intégration des soins dans la communauté.

Le Conseil Local de Santé Mentale s'appuie sur une approche globale de la Santé Mentale, grâce à l'implication de tous les acteurs médico-sociaux et en particulier des élus locaux. Car la visée est aussi politique. Les maires se sentent parfois démunis face aux troubles psychiatriques et à la précarité sociale et économique des citoyens. Grâce au recueil de leurs témoignages, nous pourrions progresser en termes de sensibilisation et de promotion de la Santé Mentale Communautaire et concrétiser une réflexion commune par la mise en œuvre de l'outil **CLSM**.

**Mots-Clés** : santé mentale / communauté/ clsm / élu / citoyen