

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 2018

**LA PARTICIPATION DE L'USAGER LORS DE LA PRESENTATION DE SA
SITUATION EN CELLULE DE VEILLE DU CONSEIL LOCAL DE SANTE
MENTALE COMME LIEU THERAPEUTIQUE DE RESEAU**

Marie-Claude GINFRAY

Tutorat : Jean-Baptiste HAZO

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : CONTEXTE SCIENTIFIQUE ET CONCEPTUEL PREALABLE A LA PARTICIPATION EVENTUELLE DE L'USAGER EN CELLULE DE VEILLE	8
I. La sante mentale	8
A. chiffres clés :	8
B. Définition de la santé mentale :	8
C. bref rappel historique : de la psychiatrie a la sante mentale	9
D. l'évolution de la place de l'utilisateur dans la législation	12
II. Le clsm	14
A. le cadre législatif	14
B. définition	17
C. objectifs du clsm :	17
III. Le réseau :	21
A. l'intervention sociale et le travail en réseau	21
B. définition du réseau :	21
C. définition de l'utilisateur	22
D. la spécificité du travail en réseau :	22
E. atouts du travail en réseau	24
F. les effets thérapeutiques du travail en réseau	25
G. vigilance du travail en réseau	26
PARTIE 2 : ETUDE	28
I. Contexte de l'étude	28
II. Objectif de l'étude	29
III. Méthode	29
IV. Résultats	31
PARTIE 3 : DISCUSSION	38
I. Synthèse des résultats :	38
II. Les limites :	40
III. Les perspectives :	40
ANNEXES :	43
ACRONYMES	65
BIBLIOGRAPHIE	66
RESUME :	68

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- ▶ Monsieur Jean-Baptiste HAZO pour sa disponibilité, ses conseils d'expert motivants, donnés dans la bienveillance.
- ▶ Monsieur Jean-Luc ROELANDT, Madame Aude CARIA et Madame Pauline GUEZENEC, responsables de cette formation.
- ▶ Les intervenants, professionnels et usagers, rencontrés durant les trois sessions.
- ▶ Les étudiants avec qui les échanges ont été nombreux, riches et conviviaux.

INTRODUCTION

Ma participation à la formation qui mène au diplôme inter-universitaire « santé mentale dans la communauté » (DIU) a été une nouvelle opportunité dans mon parcours professionnel de 30 années en tant qu'assistante sociale puis encadrante dans le secteur social pour approfondir mes connaissances et compétences sur les notions de santé mentale et de communauté.

Il s'agit de deux concepts auxquels j'ai toujours été sensible et qui, pour moi, en tant que travailleur social, doivent être pris en compte dans le cadre de l'accompagnement social mené avec une personne.

Dès ma formation initiale en 1985, j'ai fait le choix d'intégrer l'Ecole Pratique de Service Social à Paris (EPSS) qui ne limitait pas l'enseignement, comme la plupart des centres de formation à cette époque, au service social individuel mais l'étendait au service social de groupe et au service social communautaire ; il s'agissait d'une particularité du projet pédagogique.

Mon premier poste de travailleur social à l'Education Nationale sur le secteur des Mureaux dans les Yvelines a été l'occasion d'expérimenter l'importance de la prise en compte de la santé globale des jeunes et du travail en partenariat. A l'initiative d'un pédopsychiatre, une unité d'accueil temporaire pour évaluation des situations d'élèves présentant des troubles du comportement a été ouverte au sein de l'hôpital psychiatrique avec en parallèle une présence de la pédopsychiatrie au sein d'instances officielles, ce qui était innovant. En parallèle, se développait fortement la discipline des sciences de l'éducation qui part du principe que l'étude des systèmes et des processus éducatifs relève de multiples approches qui empruntent aux diverses sciences humaines leurs concepts et leurs méthodologies et que le champ éducatif est un champ de pratiques pédagogiques et institutionnelles qui peut être pris comme objet de connaissance.

Plusieurs professionnels du territoire dont j'ai fait partie ont pu suivre des études universitaires dans ce domaine, les expérimenter et vérifier la valeur ajoutée d'une prise en charge globale de l'élève pour lui permettre une scolarité bénéfique ne se limitant pas à l'apprentissage de connaissances théoriques.

Une pratique professionnelle d'encadrement au sein du département des Yvelines dans le secteur de l'action sociale polyvalente sur des territoires avec une population en grande

précarité m'a confirmé la nécessité d'un accompagnement global : pluri-professionnels et institutionnels.

En 2008, et durant deux années en tant que directrice d'une association intitulée « objectif familles » ayant délégation du conseil départemental pour assurer les missions d'accompagnement social global soutenu, j'ai pu découvrir et pratiquer une forme de travail Thérapeutique de Réseau à laquelle je ferai référence dans ce mémoire.

Toutes ces expériences diverses ont eu pour moi comme point commun fort, la prise en compte de l'utilisateur dans sa globalité avec ses difficultés mais aussi et surtout avec ses ressources propres et celles de son réseau.

C'est dans cette continuité que j'ai été partie prenante à la mise en place d'une cellule de veille et de gestion des situations de souffrance psycho sociale puis d'un Conseil local de Santé Mentale (CLSM) en 2010 au sein de la ville de Trappes

Depuis 2016, en fonction de directrice adjointe du CCAS, j'assure la coordination de la cellule de veille auparavant exercée par le référent prévention sécurité de la ville puis la directrice du CCAS.

Travaillant sur le territoire de Trappes-en-Yvelines depuis 15 ans, je connaissais bien lorsque j'ai repris la coordination de la cellule de veille, à la fois le dispositif, car j'y présentais régulièrement des situations d'utilisateurs, ainsi que les partenaires. Il s'agissait d'atouts majeurs en termes de crédibilité.

Plusieurs points de vigilance et axes d'amélioration me sont apparus à savoir : la reprise de la tenue régulière du comité de pilotage du CLSM afin de soutenir, renforcer, développer le dispositif et la participation de représentants d'utilisateurs et /ou d'aidants tant au comité de pilotage qu'en cellule de veille, voire la participation des utilisateurs directement concernés en cellule de veille.

A plusieurs reprises, des représentants locaux de l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques) ont été rencontrés afin d'envisager leur participation au comité de pilotage, ce qu'ils ont accepté volontiers mais sans que cela n'ait encore abouti. Quelques hypothèses peuvent être faites pour expliquer cela : la mise en place du CLSM s'est faite par la création de la cellule de veille qui répondait aux attentes des élus et professionnels pour faire face aux problématiques complexes de la population. La cellule de veille est restée l'axe majeur et exclusif du CLSM pour la ville ; des actions de prévention dans le domaine de la santé sont développées dans d'autres cadres. Les

réunions du comité de pilotage ont été mises en veille en lien avec des changements de personnel.

La cellule de veille étant efficiente, notamment grâce à de bonnes connaissances et confiance inter professionnelles et institutionnelles, la présence de représentant d'usager au comité de pilotage voire les usagers eux-mêmes concernés en cellule de veille pourrait être plus facilement envisagée à ce jour, partant du principe fondamental et surtout ayant fait l'expérience que l'usager est acteur de sa situation et partenaire de son accompagnement médico-social.

En parallèle, je me suis intéressée à la notion de lieu thérapeutique de réseau parce que j'ai pu expérimenter une forme de réseau thérapeutique : la clinique de concertation (initiée par le Docteur Lemaire, médecin psychiatre Belge). Il s'agit d'une méthode qui considérant l'usager acteur de sa situation, réunit non seulement le réseau professionnel mais aussi le réseau personnel de l'usager afin de prendre en compte et répondre aux problématiques de la famille.

C'est à cette question de la participation de l'usager, et aux effets de cette participation sur son parcours de soin que ce mémoire est consacré. Nous nous poserons la question de savoir si cette participation à la cellule de veille peut-être considéré comme un lieu thérapeutique de réseau.

Le choix du sujet de ce mémoire est une question d'actualité pour les membres permanents de la cellule de veille et les professionnels participants. Mon travail d'étude nourrira cette réflexion et est dans ce sens une recherche visant à l'action.

Je présenterai dans une première partie le cadre scientifique et conceptuel en m'appuyant sur : les apports de la formation tant théoriques, que ceux issus des rencontres de terrain avec des professionnels, que sur ceux émanant de mes recherches bibliographiques et législatives. La synthèse approfondie des éléments recueillis est indispensable pour la réflexion, l'élaboration et pour permettre aux différents acteurs une prise de décision et mise en œuvre éclairée.

Dans une seconde partie, je rendrai compte du point de vue de professionnels concernés et d'usagers quant à la problématique posée en sujet de mémoire. Le recueil se fera par la voix d'un questionnaire distinct à destination de chacune des deux catégories concernées : professionnels et usagers.

La troisième partie consacrée à la discussion permettra de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse que le CLSM est un lieu thérapeutique de réseau et qu'à ce titre la participation des usagers à tout son sens.

PARTIE 1 : CONTEXTE SCIENTIFIQUE ET CONCEPTUEL PREALABLE A LA PARTICIPATION EVENTUELLE DE L'USAGER EN CELLULE DE VEILLE

I. LA SANTE MENTALE

A. CHIFFRES CLES 1 :

L'OMS estime que 25 % de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental qui demeure au 3ème rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires . Parmi les pathologies les plus préoccupantes au XXIe siècle, 5 ont été identifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé : la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif.

Selon l'OMS, il est établi qu'actuellement en France: 4,3 % de la population générale sont concernés par des troubles phobiques, que les troubles bipolaires concernent 3,7 % de la population générale que 12,8 % des personnes souffrent à un moment de troubles anxieux généralisés; 18 % de la population générale traverse un épisode dépressif qui parfois peut conduire à des drames : tentatives de suicides (200 000 chaque année) ou pire, suicides (env. 10 000 chaque année).

En France, les troubles psychiatriques représentent la première cause d'entrée d'invalidité, concourent à environ un cinquième des années de vie perdues en bonne santé et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail. Les conduites suicidaires représentent la première cause de mortalité potentiellement évitable chez les 25-34 ans, la deuxième chez les 15-24 ans et sont responsables de près de 100 000 hospitalisations et 200 000 recours aux urgences par an.

En 2020, selon l'OMS, plus d'une personne sur 5 serait touchée par un trouble mental.

B. DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE :

La définition de la santé inscrite au préambule à la constitution de l'OMS de 1946 décrit les différentes composantes d'un état de santé. «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En 2005, lors de la conférence européenne d'Helsinki², l'OMS propose une définition de la santé mentale qui nous permet de bien saisir les différentes composantes « une personne

en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faite de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre ». La santé mentale n'est donc pas liée qu'à la présence ou non de troubles psychiques. Pour être en bonne santé mentale, une personne doit avoir une image valorisée d'elle-même, se sentir en confiance pour faire face aux aléas de son environnement physique, psychique, économique et social.

Dans son plan d'action 2013-2020, l'OMS définit la santé mentale comme « Un état de bien-être 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 de sa communauté».

Une bonne santé mentale, est donc le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

C. BREF RAPPEL HISTORIQUE : DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE

La psychiatrie et la santé mentale évoluent en parallèle avec l'histoire de notre société.

Pendant longtemps la politique de santé vis-à-vis de la psychiatrie a consisté à se protéger contre la « dangerosité des malades mentaux » par leur enfermement à l'asile (loi de 1838 sur les aliénés³).

Depuis le moyen âge, le rapport à la folie, puis à la maladie mentale est un révélateur de l'évolution de la société.

Après la seconde guerre mondiale, la poussée vers la conquête des libertés et l'émancipation des individus vis-à-vis des institutions ont bouleversé la psychiatrie.

Dans les années 1950, de nombreux psychiatres issus de la résistance, tels Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Georges Daumézon, se sont élevés dans un mouvement humaniste contre cet enfermement.

Ce mouvement de désinstitutionnalisation a modifié positivement l'approche clinique et la prise en considération de la dignité des personnes. La découverte des neuroleptiques a contribué également à faire sortir les malades mentaux des structures.

Les établissements psychiatriques sont passés du statut « d'asile d'aliénés » à celui d'hôpital spécialisé pour les maladies mentales.

La psychothérapie institutionnelle y a été alors très largement voulue et soutenue, par ou pour ses pratiques d'inclusion des malades mentaux dans le fonctionnement. Citons comme exemple Saint Alban, la clinique de Laborde etc.

L'hospitalisation est devenue une phase de la prise en charge de la maladie mentale.

Ce mouvement a fortement contribué au mouvement de réforme des prises en charges qui, par la suite, a permis l'élaboration et la mise en place de la politique de secteur.

La notion de secteur s'est imposée à la politique nationale de la santé dès le début des années 1950, en application des ordonnances de 1945, et fut instituée par la circulaire du 15 mars 1960, qui a posé le principe d'une action sanitaire "hors les murs".

La notion de secteur a poussé les équipes psychiatriques à occuper une place dans la cité et à œuvrer pour le retour du patient dans la communauté. Les hôpitaux de jours, les CMP, les équipes de secteurs se sont développés.

Avec ce mouvement de retour vers la ville des patients, les équipes de soins se sont elles aussi déplacées pour accompagner les patients dans leurs nouveaux quotidiens. Les structures de soins se sont organisées pour pouvoir proposer à leurs patients un nouvel espace de soins et très souvent de vie, dans la ville, comme par exemple, les appartements thérapeutiques, les foyers de postcure etc.

Nouveau tournant pour la psychiatrie au début des années 1990 avec l'introduction du terme de santé mentale qui a opéré le passage vers une nouvelle dimension de soins. Il y a alors eu lieu d'étendre le champ de compétence et d'intervention de la psychiatrie vers tout ce qui peut contribuer à maintenir un équilibre psychique et à le préserver.

Le rapport MASSE⁴ en 1992 fait le constat des limites de l'action psychiatrique, et va permettre la mise en place de structures en aval de l'hospitalisation. Ces structures, aujourd'hui MAS et FAS vont proposer des lieux de vie, à des patients hospitalisés depuis longtemps en psychiatrie et n'ayant jamais pu atteindre l'autonomie suffisante pour vivre dans la cité.

La psychiatrie a pu s'engager à ce moment dans un processus de redéploiement de ses moyens vers le secteur en développant des partenariats plus large (médico-social, médecin de ville) et en s'appuyant sur une volonté de dépistage et de prévention.

Le rapport PIEL et ROELAND⁵ en 2001 a pris acte du passage de la psychiatrie à la santé mentale et a encouragé le développement d'actions psychiatriques en milieu carcéral, à

l'hôpital général, sur certaines populations concernées par : les toxicomanies, le SIDA, les maladies psychosomatiques. Il visait l'objectif de la diminution des lits et du développement des places dans les structures alternatives à l'hospitalisation.

La santé mentale a donc été peu à peu intégrée dans la stratégie nationale de santé et y est bien ancrée.

Elle a pu quitter le champ exclusif de la psychiatrie, et celle-ci a fait évoluer sa mission de soins de la pathologie, vers une politique de prévention, axée sur le rétablissement et le maintien de la santé mentale. La notion de santé mentale dépasse ainsi le cadre de l'expression pathologique.

Notre système de santé dans l'article 69 de sa loi de modernisation (LMSS) de 2016 apporte une définition précise de la politique de santé mentale, de la psychiatrie et des missions du secteur.

Cette loi vise la réorganisation de la psychiatrie et de la santé mentale au niveau territorial pour réduire les inégalités et favoriser une coordination de proximité.

La politique de santé mentale repose sur la construction d'un projet territorial de santé mentale (PTSM), basé sur un diagnostic partagé qui recense les ressources et préconise des solutions pour remédier aux insuffisances.

Il s'agit d'une politique de santé globale en associant l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, et en incluant les représentants des usagers, les politiques de la ville, les collectivités territoriales, et quand ils existent les conseils locaux de santé mentale.

Un contrat territorial de santé mentale (CTSM) est conclu entre les acteurs de terrain et l'Agence Régionale de Santé; il définit les missions, les engagements, les moyens et les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour la mise en œuvre du PTSM.

L'article 72 de la loi de modernisation du système de santé⁶ quant à lui, encadre l'isolement et la contention en psychiatrie et les définit comme des pratiques de dernier recours dont la mise en œuvre doit être surveillée.

D. L'EVOLUTION DE LA PLACE DE L'USAGER DANS LA LEGISLATION

La reconnaissance des usagers et leur participation aux dispositifs de santé mentale ont fait l'objet de nombreux textes de lois et décrets depuis les années 1990. Cette évolution a permis aux usagers de passer d'une place de sujet à celle d'acteur incontournable dans le collectif, tant sur la réflexion, sur les actions qui les concernent que sur leurs mises en œuvre au niveau institutionnel et politique.

D'un point de vue général, les droits des usagers du système de santé sont fortement liés à l'évolution de la société et aux progrès de la médecine.

Ils recouvrent le droit individuel, le droit collectif et la démocratie sanitaire.

Les droits individuels du patient comprennent des droits reconnus à toutes personnes et des droits spécifiques reconnus à « l'utilisateur » du système de santé.

Les droits collectifs recouvrent le droit de représentation des usagers du système de santé par les membres des associations agréées au niveau national, régional dans les instances de santé publique et dans les établissements de santé.

L'expression de la démocratie sanitaire quant à elle, permet de recueillir l'avis des citoyens lors de débats publics sur les questions de santé. Elle a été instituée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002⁷ (dite loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et reconnaît les droits attachés à la personne dans ses relations avec le système de santé. Elle a été complétée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005⁸ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009⁹ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST ».

Ainsi en 1996, avec les Ordonnances Juppé¹⁰, se met en place la représentation des usagers au sein des Conseils d'Administration des établissements publics ainsi que les conférences nationales et régionales de santé, composées en outre de représentants des usagers.

En 2000, avec la charte de l'utilisateur en santé mentale, celui-ci est considéré comme un citoyen dont toutes les libertés et droits fondamentaux attachés à cette qualité doivent être respectés, comme le respect de la dignité de la personne humaine, la liberté d'aller et venir, le respect de sa vie privée.

La circulaire n°2006-550 du 28 décembre 2006¹¹ relative à la mise en place des Maisons Des Usagers (MDU) au sein des espaces de santé, a eu pour objectif de mettre en place un espace qui permettent aux usagers de formuler et d'exprimer les questions qu'ils se posent sur leurs droits, les pathologies, les traitements, et de découvrir le milieu associatif interne et externe aux établissements.

En 2014, le rapport Compagnon¹² sur la représentation des usagers, propose de réorganiser le système de santé autour du patient, de développer une meilleure implication des usagers pour une plus grande efficacité des établissements de santé, notamment en renforçant les compétences des représentants des usagers dans la politique qualité et la sécurité des soins. La CRUCQPC devient la CDU, l'utilisateur devient un acteur interne du fonctionnement des établissements.

Enfin en 2016, Michel Laforcade¹³, directeur général de l'ARS aquitaine à l'époque, promeut, dans une partie de son rapport, la citoyenneté des personnes, l'accroissement de la représentation des usagers et le renforcement de la démocratie sanitaire dans les établissements.

La participation des usagers à la cellule de veille est donc une nécessité actuelle, dictée progressivement par la législation qui répond à des exigences éthiques émanant de la société civile et des instances internationales telles que l'OMS.

II. LE CLSM

A. LE CADRE LEGISLATIF

Jusqu'en 2015, aucun dispositif législatif et réglementaire n'encadre les CLSM mais plusieurs circulaires, rapports et plans nationaux incitent à la création d'un tel espace de concertation.

Dès les années 70, les circulaires de la direction générale de la santé (2030 du 12/12/72 et 891 du 9/05/74¹⁴) incitent à la création d'organismes de consultation qui pourraient être dénommés « conseils de santé mentale de secteur. »,

En 1986, par décret du 14 mars¹⁵, sont créés les conseils départementaux de santé mentale. L'ordonnance de septembre 2003¹⁶ les abrogera et créera les commissions régionales de concertations en santé mentale.

En 1990, la circulaire du 14 mars¹⁷ cite les instances de coordination de proximité, faisant référence au conseil de secteur en 1972.

En 2001, le rapport Piel et Roelandt⁵ propose la création d'un réseau territorial de santé mentale (RTSM) qui réunirait les différents acteurs au sein d'un groupement d'intérêt public (GIP). « Le RTSM couvrira le même bassin de santé ou territoire pertinent que le service territorial de psychiatrie. L'identification des acteurs, des organisations, des administrations et des budgets propres à chaque champ (psychiatrie, somatique, social, médico-social) se concrétisera par la création d'un groupement d'intérêt public gérant le RTSM. Le GIP sera coordonné et animé par un directeur élu par ses membres. Il sera géré par un conseil d'administration qui pourrait s'intituler Conseil territorial de santé mentale (CTSM) présidé par un élu et comprenant des représentants de chaque champ concerné par la santé mentale ainsi que des représentants des usagers, des associations de familles ».

En 2002, le rapport Roelandt¹⁸ « la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, place des usagers et rôle des partenariats », propose d'affiner les échelons territoriaux au niveau du secteur de psychiatrie, de la commune ou de l'intercommunalité pour que la mise en œuvre de la politique de santé mentale s'appuie sur des acteurs très directement impliqués.

Les représentants des usagers sont eux-mêmes très sensibles à la résolution de leurs problèmes à ce niveau local. La loi n°2002-276 du 27 février 2002¹⁹ relative à la démocratie de proximité offre d'ailleurs un cadre de concertation accrue par la création obligatoire de conseils de quartiers dans les collectivités locales de plus de 80 000 habitants. Il demande à penser le secteur comme pôle de soins spécialisés intégré dans un réseau de santé ouvert, horizontal, non hiérarchisé, coordonné et donc non maitrisé par un quelconque de ses membres et à promouvoir le développement des ateliers santé ville comportant un volet santé mentale, et des conseils de santé de proximité permettant la gestion du réseau de proximité. Dans ceux-ci, un atelier santé mentale va intégrer, à l'initiative des élus locaux, l'équipe de secteur, les usagers, les familles, le ou les offices HLM locaux, les circonscriptions de service social, les associations tutélaires, le Conseil Départemental. Il doit être laissé à l'initiative locale mais être doté d'un outil juridique en cas de création, et, d'un cahier des charges précis. Le maire ou son délégué doit en être président, les équipes de secteur sont tenues d'y être représentées, ainsi que les usagers et le Conseil Départemental, les médecins généralistes, les professionnels de santé.

En 2005, le plan de santé mentale 2005-2008²⁰ cite les CLSM à l'échelle des secteurs sanitaires pour favoriser l'articulation entre les champs du sanitaire, social et médico-social. En parallèle, l'OMS Europe (conférence HELSINKI²) met en exergue l'importance des décloisonnements, le partenariat multisectoriel et la coordination locale des services et des stratégies politiques.

En 2009, le rapport Couty²¹, « missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie » recommande la création des conseils locaux de santé mentale dans le cadre des groupements locaux de coordination pour la santé mentale.

En 2010, l'union européenne référence les CLSM comme un des outils techniques permettant de formaliser au niveau local les recommandations formulées par l'OMS visant au décloisonnement des partenariats multisectoriels locaux, et à la coordination locale des services et des stratégies de prévention et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015²², paru en février 2012, fait référence aux CLSM à plusieurs reprises et affirme les objectifs stratégiques du CLSM. Cette même année la cour des comptes ainsi que le haut conseil de santé publique recommandent le développement de ces outils qui permettent de mieux intégrer la santé mentale dans la cité et ont fait leurs preuves pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux.

En 2013, le rapport Robiliard²³ présente le CLSM comme un outil pour le secteur rénové « le CLSM permet une véritable prise en charge globale et participe de la « déstigmatisation » des malades.

Il insiste sur la nécessité d'une plus grande proximité dans la territorialisation de la santé que celle prévue dans la loi HPST. Il s'agit de connaître tous les acteurs d'un territoire, et non pas d'en faire un territoire fictif. « La promotion de la santé au travers notamment de « l'empowerment » constitue un levier essentiel pour la démocratie sanitaire et pour la lutte contre les inégalités de santé. Par ailleurs, la promotion de la santé met l'intersectorialité au cœur de son action. Il n'est plus à démontrer l'importance de l'éducation, de l'emploi et des conditions de travail, de la qualité de l'environnement, pour ne citer que ceux-là, sur la santé des populations et des individus. Des politiques publiques dans ces domaines sont indispensables à la lutte contre les inégalités de santé »

La loi de modernisation de notre système de santé du 26/01/2016⁶ (LMSS) dans son article 69 donne la forme juridique au CLSM. Le CLSM participe ainsi à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale et à la définition du projet territorial de santé mentale. Il est consulté pour avis sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale préalablement à sa validation par le Directeur général de l'ARS. Il peut par ailleurs être associé à l'élaboration de la convention constitutive des communautés psychiatriques de territoire prévues par ce même article 69.

Son déploiement, s'il doit être réalisé en priorité dans le cadre des contrats de ville, peut également être envisagé sur l'ensemble du territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer, et ce, dès lors qu'un diagnostic territorial partagé vient étayer ces besoins. Les diagnostics territoriaux partagés et projets territoriaux de santé mentale instaurés par la LMSS, permettent d'identifier les besoins et de cibler les territoires.

Les ARS doivent s'attacher, en cohérence avec leur projet régional de santé et les projets territoriaux de santé mentale en lien étroit avec les collectivités territoriales, à impulser et favoriser ce déploiement qui doit s'articuler avec celui des contrats locaux de santé.

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

Les déterminants sont les mêmes pour la santé que pour la santé mentale, et les équipes de psychiatrie ne peuvent viser à la prévention globale en santé mentale, ainsi qu'à l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique sans une coordination des actions menées au niveau local entre les différents acteurs dans les domaines sanitaires, social, éducatif, judiciaire, culturel, sportif, du logement, et de l'insertion professionnelle.

Dans ce contexte, et avec l'appui du Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) une dynamique de création de CLSM s'est engagée au niveau national et notamment en Ile De France.

A ce jour, près de 2000 communes sont couvertes par 200 CLSM et 50 CLSM sont en projet.

B. DEFINITION

Le conseil local de santé mentale est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants.

Il vise à favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local.

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

Il est un outil opérationnel de démocratie participative.

C. OBJECTIFS DU CLSM :

1) Objectifs stratégiques :

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

2) Objectifs opérationnels :

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

3) Actions prioritaires du CLSM

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

- ▶ L'observation locale :

Un diagnostic est réalisé afin de recueillir les données nécessaires à l'évaluation des besoins et des ressources en santé mentale du territoire.

Ce diagnostic repose sur plusieurs sources de données (CLS, Ateliers Santé Ville, observatoires locaux et régionaux, CPAM, établissements de santé, enquêtes universitaires, Education Nationale, agences d'urbanisme, réseaux de santé, MDPH...) et regroupe plusieurs types de données, quantitatives et qualitatives (état de santé mentale de la population et de ses déterminants, recours aux soins libres et contraints, représentation des troubles de la santé mentale, politiques de santé locales, état des partenariats, ressources et offres sur le territoire...).

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

- ▶ La prévention et l'amélioration de l'accès aux soins :

L'action du CLSM permet :

- . De repérer précocement les troubles et de faciliter l'accès aux soins pour des prises en charge précoces et adaptées.
- . De faciliter la coordination de l'action des acteurs de l'urgence.

- . De prévenir l'aggravation des troubles et leurs conséquences sur l'état de santé de la personne et son insertion sociale.
- . De favoriser la promotion de la santé mentale.
- . De contribuer à réduire les inégalités socio-territoriales de la santé mentale.

▶ **L'éducation et la promotion en santé mentale :**

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

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

▶ **L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion :**

Le CLSM met en place et coordonne les partenariats visant :

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

▶ **La lutte contre la stigmatisation :**

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

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

▶ **La promotion d'outils d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques**

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

- Le CLSM crée une cellule de travail visant à résoudre de manière partenariale des situations psychosociales complexes.

Il mettra à cet effet en place des règles déontologiques assurant l'équilibre entre l'échange des informations nécessaires, le respect du secret professionnel ainsi que le respect des personnes et la recherche de l'adhésion de celles-ci aux mesures les concernant.

La création de telles commissions nécessitera la mise en œuvre d'une charte éthique.

III. LE RÉSEAU :

A. L'INTERVENTION SOCIALE ET LE TRAVAIL EN RESEAU

L'intervention sociale s'inscrit dans une complexité des situations sociales et des dispositifs qui visent à répondre aux effets de marginalisation ou d'exclusion, générés par une paupérisation croissante. Les professionnels sont confrontés à un empilement de dispositifs. Le sociologue Christian Bachmann²⁵ a déjà de longue date dénoncé « le mille feuilles des dispositifs ». Ce constat s'est accentué par la « rénovation » de l'action sociale, la montée en charge des réglementations sectorielles et de la rationalisation des actions, l'avènement légitime des droits de la personne, la recomposition des champs de compétences liée à l'avancée de la décentralisation...

Dans ce contexte, les professionnels de terrain mesurent de plus en plus la nécessité d'approcher la personne dans sa globalité et dans son environnement, plutôt que dans un morcellement de préoccupations. Les intervenants font, au quotidien, le constat de l'intérêt d'échanger avec leurs pairs leurs analyses, leurs savoir-faire et leurs stratégies. Aucun professionnel ne peut plus prétendre apporter à lui seul l'ensemble des réponses attendues et adaptées. Reconnaître cette richesse des ressources complémentaires permet de travailler en réseau et ainsi de réinterroger et d'améliorer ses pratiques d'intervention.

B. DEFINITION DU RESEAU :

Le réseau est un ensemble de partenaires publics ou privés, institutions ou individus autonomes, experts ou non, reliés entre eux par un projet commun, visant à aider une personne à retrouver son indépendance. Il se constitue à partir et autour d'une problématique d'un individu, en s'adaptant à ses besoins. La démarche de réseau s'appuie sur la même nécessité que ressentent un individu et/ou un (des) professionnel(s), à un moment donné, d'établir des échanges et des collaborations devant le constat que la résolution des problèmes dépasse leurs capacités isolées à y faire face seul.

L'intervention de réseaux est une façon de penser et de faire qui consiste à observer les problèmes de la société comme des problèmes générés par des relations sociales et aspire à les résoudre non sur des facteurs purement individuels ou au contraire purement collectifs et structurels, mais à travers de nouvelles relations sociales et de nouvelles réorganisations de ces relations. Il s'agit d'une théorie autant qu'une pratique (Dictionnaire de l'action sociale).

Il s'agit donc bien là d'une approche systémique et globale qui favorise l'appréhension de la complexité des interrelations humaines. Le travail en réseau est donc plus qu'un travail partenarial.

C. DEFINITION DE L'USAGER

Pour le dictionnaire Larousse²⁶, la définition est la suivante : c'est un nom masculin qui désigne la personne qui a recours à un service, en particulier à un service public ; c'est une personne qui utilise une langue, titulaire d'un droit d'usage.

Dans le dictionnaire de soins infirmiers et de la profession infirmière²⁷, l'utilisateur est une « personne qui utilise un service de santé ». C'est un partenaire direct des professionnels de santé et, dans ce cas, des gestionnaires de santé »

La notion d'utilisateur fait référence au droit d'usage des services publics, mais dans le domaine du soin, elle implique une dimension éthique, d'égal accès à des soins de qualité pour tout citoyen, garantis par la société.

Le terme d'utilisateur permet de valoriser la personne accueillie, en la considérant moins comme un patient passif que comme un citoyen acteur de sa vie et au sein de la société.

D. LA SPECIFICITE DU TRAVAIL EN RESEAU :

Le partenariat ou pairage est la pratique la plus spontanée et répandue et couramment activée pour résoudre une situation dont on ne maîtrise pas tous les tenants ; un intervenant social va faire appel à un pair travaillant dans une institution voisine, également impliquée par cette situation à partir d'un autre mandat. Les deux partenaires vont croiser leurs compétences pour rechercher ensemble la meilleure solution.

C'est une réponse au maquis des dispositifs qui morcellent l'utilisateur à partir de la catégorie du problème auquel il est confronté. Cette technique d'intervention professionnelle permet de relancer une solidarité entre intervenants qui privilégie la synergie et la coopération sur les relations verticales (qui segmentent en autant de services concurrentiels) et les relations horizontales (qui instaurent des domaines réservés).

Le travail en réseau est certes un travail partenarial mais pas seulement et sa spécificité consiste à s'appuyer sur le réseau professionnel partenarial (pairage ou réseau secondaire) mais aussi sur le réseau dit primaire que sont : famille, voisins, amis...avec l'utilisateur concerné,

pour essayer de trouver collectivement une solution s'appuyant donc autant, si ce n'est bien plus, sur les ressources du milieu que sur les seules interventions des professionnels « spécialistes ».

Le professionnel sachant que son action n'est que transitoire, travaille à renforcer et développer les ressources du réseau primaire autour de l'utilisateur.

L'environnement de la personne est appelé à se mobiliser pour pérenniser des formes d'appui durable.

Le travail en réseau constitue pour le professionnel un mode d'intervention qui nécessite des compétences particulières :

- ▶ un savoir être : il faut avoir la conviction que toute situation n'est pas déterminée une fois pour toutes, que rien n'est joué et que le rôle de l'intervenant social est notamment de réveiller les possibles, de croire à l'évolution dans la durée et à l'épreuve des situations. Il faut aussi avoir une volonté de reconnaître les ressources de la personne, de les mobiliser tout en luttant contre les forces d'inertie liées aux représentations, discriminations, ostracisme et stigmatisation... Enfin, la volonté de privilégier une intervention « sur mesure » doit prévaloir sur une réponse standardisée « prêt à porter », ce qui nécessitera peut-être de lutter contre les formes de résistance : représentations stéréotypées des modes d'action chez les autres professionnels et collègues, peur de l'innovation dans les pratiques, peur que les initiatives prises par les usagers soient en décalage avec les réponses standards.
- ▶ des savoirs : si pour tout travailleur social, la connaissance des dispositifs existants est un incontournable (réseau secondaire formel), le recensement au coup par coup, en fonction de la situation, des potentiels du réseau primaire et des réseaux secondaires formels et non formels en place, apparaît fondamental, si l'on veut mener à bien une « intervention de réseau ».
- ▶ et des savoirs faire :
 - une bonne maîtrise de la méthodologie de projet,
 - une capacité professionnelle à utiliser différentes méthodes de manière complémentaire. Plus les professionnels auront à leur disposition des modes possibles d'intervention et plus ils seront susceptibles d'apporter la réponse la mieux adaptée à la situation posée,

- une grande capacité d'animation de groupe constitué par les personnes mobilisées du réseau primaire, ou du collectif,
- le réseau mobilisé étant une forme ouverte, changeante, l'évaluation est primordiale et conditionne la réussite du projet. Cette évaluation dynamique, à mener tout au long de l'intervention, doit aussi être partagée avec les membres du réseau.

Enfin, l'intervention collective en réseau constitue une mobilisation de plusieurs partenaires sur des stratégies concertées de développement local ou de lobbying par exemple.

E. ATOUS DU TRAVAIL EN RESEAU

La première force du réseau est de permettre le développement de réciprocitys, de solidarités et de coopération dans un contexte massivement marqué par le « chacun pour soi », des logiques de pré carré et de concurrence.

Le réseau interinstitutionnel génère une organisation facilitant une intervention moins éclatée et surajoutée, plus réactive ainsi qu'un accès facilité aux professionnels-ressource. En cours de fonctionnement, le réseau redonne à l'intervenant de terrain toute sa place : c'est au sein du réseau que s'inventent des solutions nouvelles, liées au croisement des savoir-faire et à la dynamique collective de co-construction. Consécutivement, le réseau est aussi porteur de reconnaissance de cette légitimité des professionnels à inventer et ressourcez les pratiques.

Le travail en réseau est aussi un point d'appui majeur pour l'évaluation des pratiques, puisqu'il met chacun en situation de rendre compte au collectif de ses réussites comme de ses impasses.

L'intervention collective en réseau ouvre le champ plus large de la participation au travail sur le milieu, sur les causes des inadaptations, sur la chose politique...

Une autre vertu est d'obliger l'intervenant (professionnel ou institution), dans le cadre du décloisonnement et de la rencontre des autres, à rendre lisible et à expliciter ses principes d'action, ses objectifs, ses stratégies et à les confronter de manière constructive.

L'intervention de réseau redonne au milieu de vie sa place dans la (re)construction de la personne : l'usager y regagne une considération dans la proximité et un statut d'acteur reconnu d'avantage dans ses ressources que dans ses difficultés ou pathologies.

F. LES EFFETS THERAPEUTIQUES DU TRAVAIL EN RESEAU

Définition du terme thérapeutique : (Larousse²⁶)

- Partie de la médecine qui s'occupe des moyens - médicamenteux, chirurgicaux ou autres - propres à guérir ou à soulager les maladies.
- Manière choisie de traiter une maladie ; traitement, thérapie.

Un des objectifs du réseau est de réunir des professionnels déconcertés, démunis face aux problématiques souvent multiples rencontrées par l'utilisateur ainsi que par la fragmentation voire l'incohérence des interventions tant d'aide que de soins, d'éducation ou de contrôle.

En d'autres termes, il s'agit d'un lieu et des modalités pratiques pour la concertation entre les différents professionnels des différents champs énoncés qui appartiennent aux différentes institutions publiques ou privées.

Cette pratique de réseau, de travail collectif a un impact thérapeutique dès lors qu'il favorise, encourage des relations humaines plus fiables, est producteur de relations confidentielles justifiées et restructeur d'identités internes.

Il met en présence un ou des usagers, personnes qui vivent ensemble des détresses multiples et sévères, des professionnels de l'aide et des soins directement concernés, potentiellement concernés et d'autres non concernés.

Cette approche en réseau est thérapeutique dans la mesure où « l'empowerment » ou pouvoir d'agir de l'utilisateur est pris en compte, soutenu, pour permettre son développement et favoriser : l'autonomie, l'émancipation et plus largement l'expression de la citoyenneté de l'utilisateur.

L'utilisateur n'est plus entièrement dépendant du savoir et des décisions des professionnels de santé ; il est impliqué dans ses soins. Il peut revendiquer la légitimité de son savoir et la reconnaissance de son expertise expérientielle.

La démarche de réseau est également thérapeutique en contribuant au rétablissement. Elle permet à l'utilisateur, par la reconnaissance, d'opérer des changements et ainsi prendre conscience qu'il peut vivre avec sa maladie. L'utilisateur n'est plus perçu en premier lieu par sa maladie mais par ses capacités à se rétablir et est reconnu par ses compétences et sa participation à la vie collective.

G. VIGILANCE DU TRAVAIL EN RESEAU

La mise en œuvre d'actions concertées, peuvent faire craindre une forme abusive de contrôle social, à l'encontre des libertés individuelles. L'élaboration d'une déontologie partagée sur la communication est à mettre en place ainsi que son évaluation régulière

Le réseau doit être attentif au réseau primaire de l'utilisateur, auquel il est souvent tenté de suppléer.

Un autre niveau de risques réside dans la constitution d'une entité progressivement tentée par le retour de l'entre soi, la sélectivité, le verrouillage, voire le cocon affectif... ou encore l'oubli des appartenances institutionnelles et la tentation de l'autonomie.

Un autre niveau de risques tient à la gestion du pouvoir dans le réseau : les risques de confiscation par un leader, ceux de colonisation ou de reprise par une institution. Dans tous les cas, le rôle de l'animation est prépondérant.

Autre point d'attention, toutes les situations ne peuvent être abordées en réseau. Certaines situations, ne sont pas favorables à la mise en œuvre immédiate d'une intervention de réseau. Il s'agit notamment :

- ▶ des situations où l'on note une installation de longue date dans l'assistance,
- ▶ des situations de déracinement complet des personnes.

Sans interdire complètement ce type d'approche, ces situations nécessiteront un travail plus important et inscrit dans la durée de la part du ou des intervenants sociaux :

- ▶ il est primordial d'évaluer au démarrage de l'intervention, le degré d'urgence ou le danger potentiel de la situation avant de décider le recours à cette méthodologie de travail qui requiert un investissement important en temps. Face à une situation d'urgence, le recours à des modes plus classiques d'intervention peut s'avérer la réponse la plus pertinente à apporter. Ainsi dans les situations de danger, dans le domaine de protection de l'enfance, par exemple, il pourra apparaître utile de prioriser une intervention correctrice et protectrice avant d'envisager la mise en œuvre d'une intervention de réseau.
- ▶ Il aura aussi à prendre la mesure du degré d'installation des personnes dans un état d'assistance. En effet, certaines situations mobilisent une sur-intervention des réseaux secondaires et peuvent avoir installé chez la personne des conduites de dépendance

qu'il est utopique de penser résoudre rapidement. D'autre part, le nombre élevé de professionnels intervenant auprès de la personne nécessitera l'instauration progressive d'une coordination visant à rendre plus lisibles, dans un premier temps, les interventions sociales, et à remplacer à moyen terme la multiplicité des initiatives, par une approche en intervention de réseau.

Partant des concepts définis, il est intéressant de vérifier sur le terrain l'hypothèse posée à savoir que la cellule de veille du CLSM est un lieu thérapeutique de réseau et qu'à ce titre l'utilisateur dont la situation y est présentée peut y être présent

PARTIE 2 : ETUDE

I. CONTEXTE DE L'ETUDE

Je suis en poste au CCAS de la ville de Trappes-en-Yvelines qui compte 32 000 habitants.

En 2010, face à un double constat:

- ▶ la précarité des situations de souffrance psycho sociale qui pouvaient se traduire par de nombreuses conséquences notamment en matière de santé mentale avec un nombre d'hospitalisations très important à la demande d'un tiers ou d'office (dénomination utilisée à cette période).
- ▶ la saturation des institutions, toutes confondues, en charge du suivi des personnes en situation de détresses multiples ce qui pouvait conduire à la logique « de patate chaude ».

une cellule de veille et de gestion des situations de souffrance psycho sociale a été créé par délibération du conseil municipal dans le cadre du CLSPD (conseil local de sécurité et prévention de la délinquance).

Un CLSM s'est mis en place, avec pour objectifs de :

- ▶ promouvoir une approche transversale des problématiques rencontrées par les personnes en situation de souffrance psycho-sociale (logement, santé, insertion, éducation, sécurité...).
- ▶ mettre en place une coordination locale qui légitime un espace d'intervention du maire dans la régulation des risques psychologiques et sociaux.

Pour cela, 3 axes d'intervention :

- ▶ une instance de validation et de coordination des projets liés aux problématiques repérées dans le cadre des situations suivies.
- ▶ Une instance de formation et/ou sensibilisation des partenaires à des problématiques communes.
- ▶ une cellule de veille.

Au sein de la gouvernance et du comité de pilotage du CLSM est prévue la présence de représentants des usagers, mais non effective.

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

Ce travail vise à interroger les professionnels et usagers concernés par la cellule de veille du CLSM afin de tester l'hypothèse que cette instance est un lieu thérapeutique et que la participation de l'utilisateur en tant que partenaire acteur de sa situation est thérapeutique, ou autrement dit qu'elle participe à son rétablissement, par son pouvoir d'agir.

III. METHODE

Pour atteindre l'objectif, un questionnaire à destination des membres permanents du CLSM et de chaque autre professionnel ayant participé au moins une fois au CLSM depuis sa création a été élaboré.

45 professionnels ont été sollicités. Leur nombre permettait à la fois une représentativité et une faisabilité en termes d'analyse des résultats.

Le choix de ce public ciblé a été fait non seulement pour sa connaissance théorique précise du dispositif mais aussi son expérimentation pratique effective. Il n'y a donc pas eu lieu de rappeler la définition, le rôle, les missions et le cadre de fonctionnement de la cellule de veille du CLSM.

Le questionnaire était anonyme afin que les participants ne craignent pas d'être identifiés et puissent ainsi s'exprimer plus librement.

Il n'a pas été retenu de critères de répartition des professionnels par fonctions partant du postulat que chaque membre est d'abord partenaire dans l'accompagnement avec l'utilisateur quel que soit sa formation initiale ou le poste qu'il occupe.

Les professionnels avaient été sensibilisés en amont à ce sondage.

Le document est composé de 7 questions : 4 fermées et 3 à choix multiples et d'une question permettant l'expression libre.

Les questions sont précises et les termes utilisés définis succinctement afin que chaque participant réponde à partir des mêmes critères.

La participation des professionnels a été sollicitée par un mail présentant la démarche et invitant à se connecter à un questionnaire en ligne pour une réponse rapide et une analyse des résultats facilitée par le logiciel utilisé.

En ce qui concernent les usagers, l'enquête n'a pu être faite à l'identique des professionnels.

Tous les usagers dont la situation a été présentée en cellule de veille depuis la mise en place ne pouvaient être sollicités ; ils étaient trop nombreux, sans accès à l'outil informatique pour la majorité et sans sensibilisation orale possible en amont.

Un échantillon de 10 usagers uniquement a donc été retenu pour être matériellement réalisable dans un délai contraint par l'échéance de la rédaction du mémoire et pour permettre un temps d'échange d'une heure par personne.

Le choix a été fait parmi les usagers dont la situation avait été présentée à plusieurs reprises, partant du postulat qu'ils avaient connaissance de la cellule de veille du CLSM et de son fonctionnement et qu'il n'y avait pas lieu de prendre un temps de présentation du dispositif.

J'ai contacté chaque usager par téléphone pour expliquer la démarche et l'inviter à un échange oral dans le cadre d'un entretien au service. Je ne connaissais pas personnellement tous les usagers n'ayant pas été à l'origine de la demande de passage en cellule de veille du CLSM ou pas eu l'occasion d'intervenir dans l'accompagnement.

Lors de l'entretien, l'utilisateur a été invité à répondre de sa place bien sûr, aux mêmes questions que celles posées aux professionnels

Les questions posées interrogent sur les concepts évoqués en 1^{ère} partie : le réseau, les effets thérapeutiques (empowerment et rétablissement), la participation de l'utilisateur.

IV. RESULTATS

Le recueil des données quantitatives sera présenté par public et par thème.

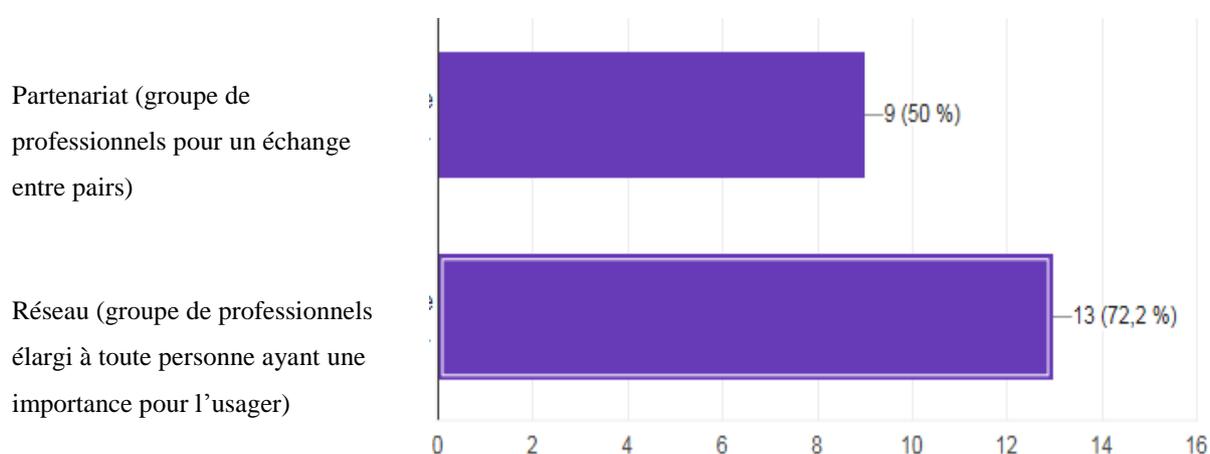
Au niveau des professionnels:

18 professionnels ont répondu au questionnaire, soit 40 % de réponses.

Pour information, dans les deux jours qui ont suivi l'envoi du mail, 15 réponses ont été reçues ce qui représente 1/3 des professionnels interrogés.

1er thème : partenariat/réseau:

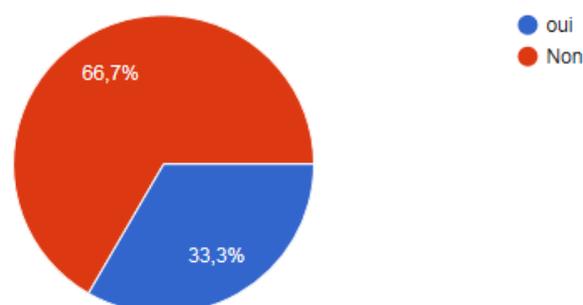
La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu de travail en : (18 réponses)



2ème thème : lieu thérapeutique

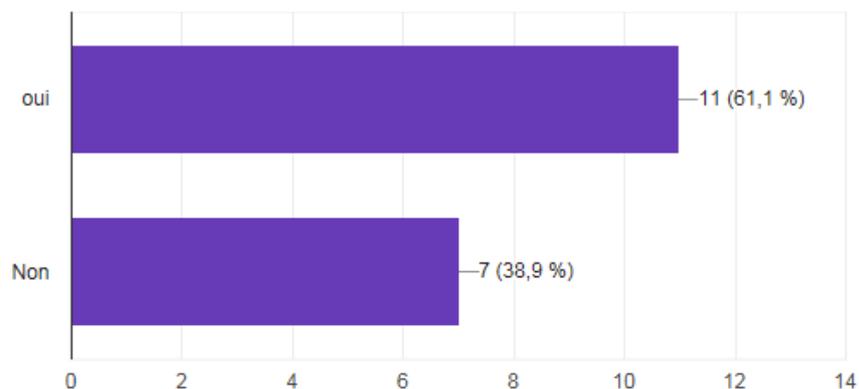
La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il mobilise les capacités d'agir de l'utilisateur (empowerment) ?

18 réponses



La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il contribue au rétablissement de l'utilisateur concerné ?

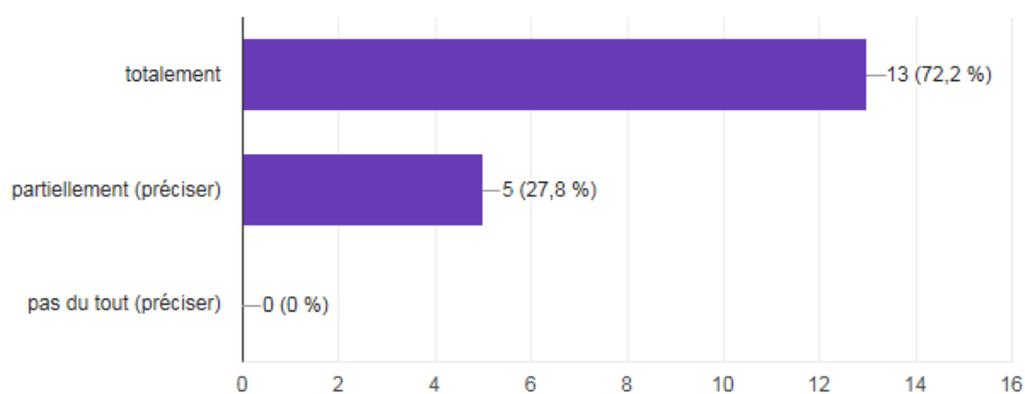
18 réponses



3ème thème: participation des usagers

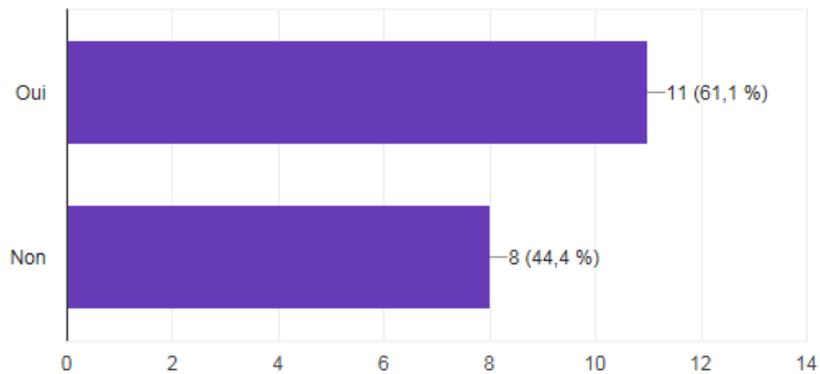
A ce jour, l'utilisateur est informé et donne son accord pour que sa situation soit évoquée nominativement en cellule de veille. Un retour des échanges et préconisations lui est fait. Ce fonctionnement vous convient :

18 réponses

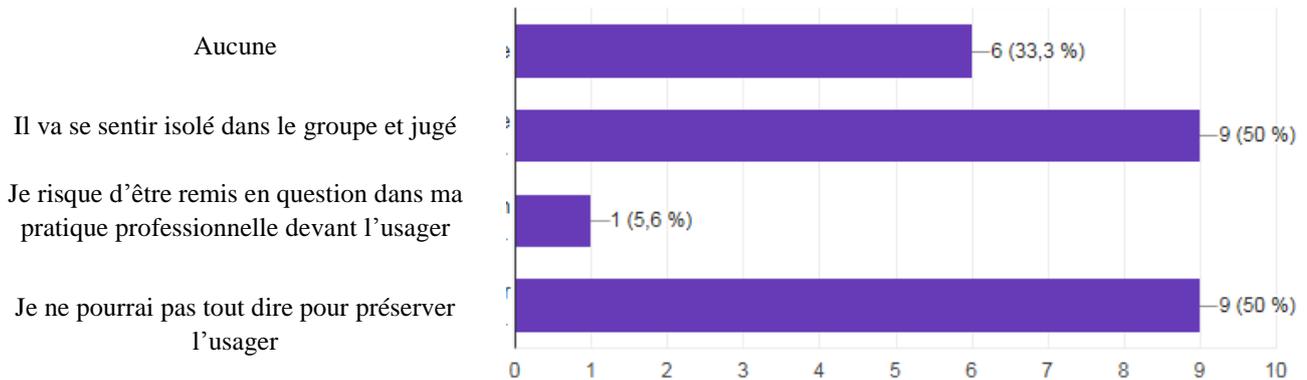


La participation de l'utilisateur à la cellule de veille est-elle pertinente ?

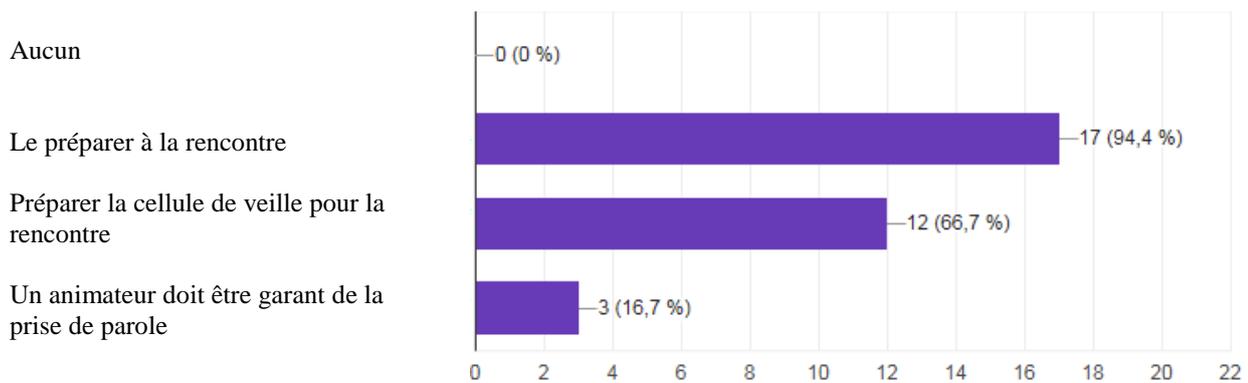
18 réponses



Mes craintes quant à la participation de l'utilisateur :



Si l'utilisateur participe à la cellule de veille, les préalables sont :



Espace d'expression:

2 réponses

Après une réflexion sur des situations étudiées en CLSM , je ne suis pas sûre que tous les usagers soient en mesure de participer à la cellule de veille les concernant. Les liens sont parfois très minces et fragiles avec certaines personnes ; elles risquent de "se refermer" par peur d'aller à une rencontre de ce type même bien préparée. Certaines préparations ne risquent pas de retarder l'avancement ces situations (?) la question peut se poser.

Toutefois, pour les autres, cela leur permettra de prendre la mesure de l'importance du groupe de travail mis à leur disposition et des possibilités d'avenir. Pour les membres de la Cellule, l'utilisateur n'est plus un dossier...

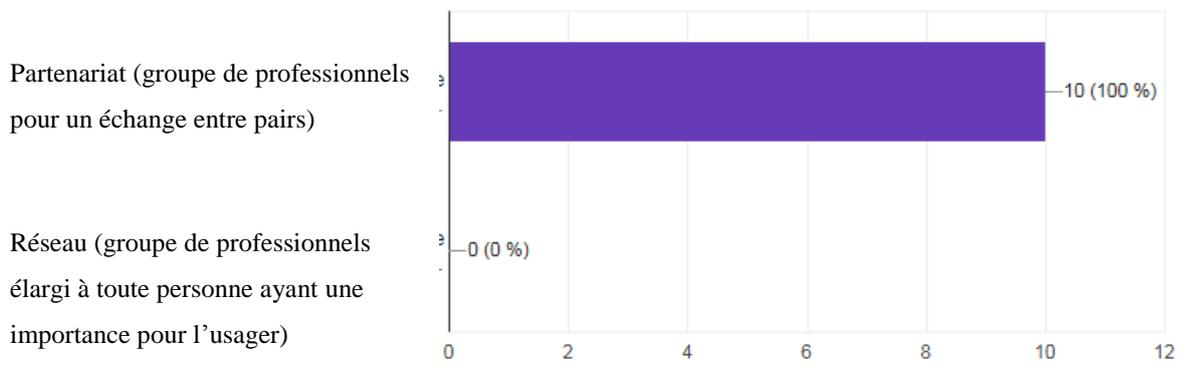
Je pense que la participation de l'utilisateur au CLSM va augmenter la capacité de ce dernier à être acteur de ses difficultés et à la mise en œuvre de la résolutions de ceux ci.

Au niveau des usagers

1er thème : partenariat/réseau:

La cellule de veille du CLSM est un lieu de travail en :

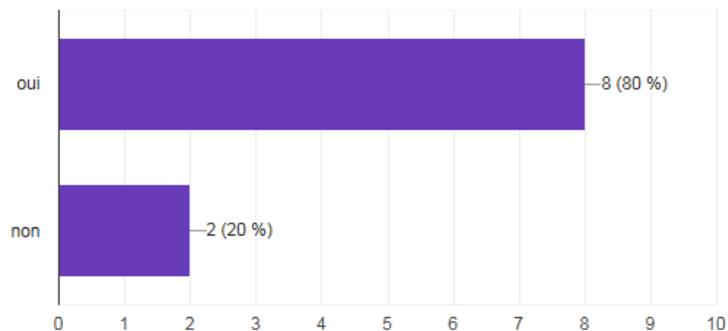
(10 réponses)



2ème thème : lieu thérapeutique

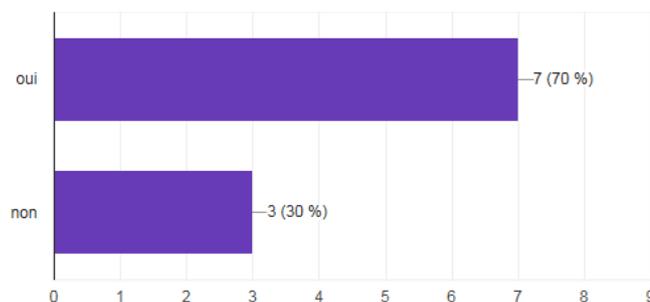
La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il mobilise vos capacités d'agir (empowerment) ?

10 réponses



La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il contribue à votre rétablissement ?

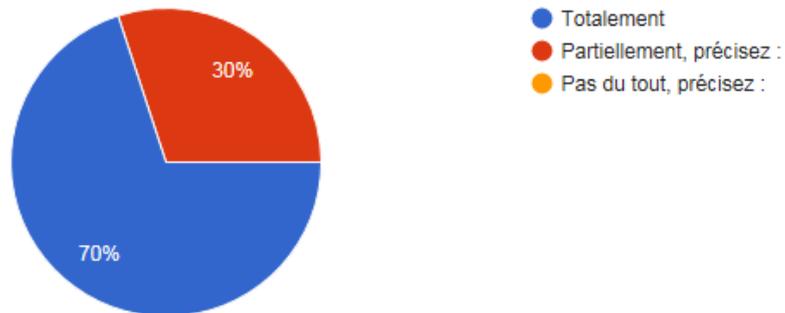
10 réponses



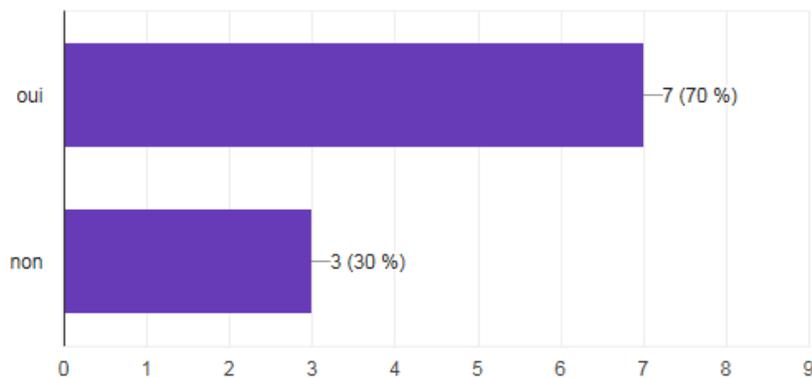
3ème thème: participation des usagers

A ce jour, vous êtes informés et vous donnez votre accord pour que votre situation soit évoquée nominativement en cellule de veille. Un retour des échanges et préconisations vous est fait. Ce fonctionnement vous convient ?

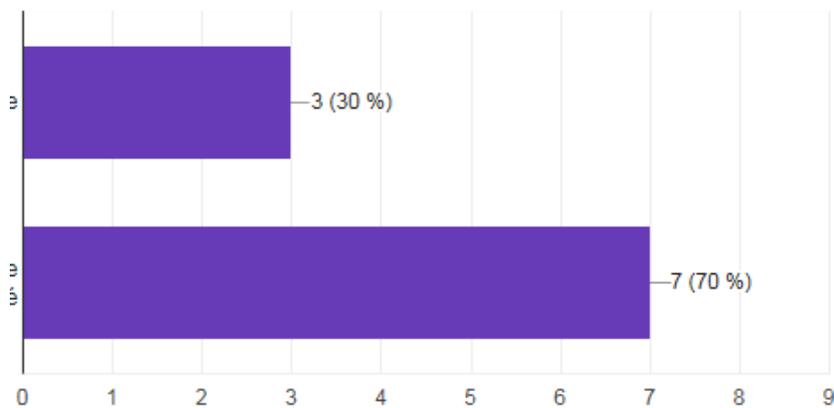
10 réponses



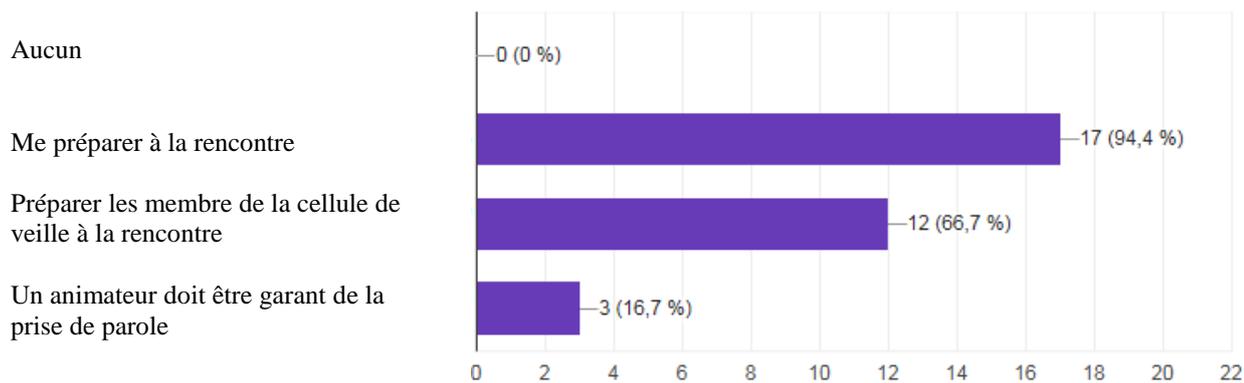
Votre participation à la cellule de veille est-elle pertinente ? (10 réponses)



Vos craintes quant à votre participation ? (10 réponses)



Si vous participez à la cellule de veille les préalables sont : (10 réponses)



PARTIE 3 : DISCUSSION

I. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS :

Il faut souligner le taux élevé de retour du questionnaire professionnel 40%.

Cela confirme la forte mobilisation des professionnels du territoire sur le sujet de la santé mentale.

En ce qui concerne les usagers, les 100% de réponses, certes sur un nombre restreint, manifestent aussi leur confiance envers les professionnels les accompagnant dans leur parcours de santé.

A noter que pour les professionnels, la cellule de veille est considérée comme un lieu de réseau alors qu'à ce jour, partant de la définition posée, l'instance ne fonctionne qu'en lieu partenarial.

Cette 1ère réponse resituée dans la définition donnée du réseau, laisse déjà à penser que les professionnels sont favorables à la participation des usagers ce qui s'est confirmé très largement. Cependant, un nombre non négligeable de professionnels (8 sur 18), soit 44,44 % ne sont pas favorables à la participation des usagers.

Dans une certaine logique, si les professionnels vivent la cellule de veille du CLSM comme un lieu de réseau où l'utilisateur peut être présent c'est qu'ils considèrent l'utilisateur comme acteur premier et à part entière de sa situation et reconnaissent ce lieu comme thérapeutique au moins au sens où il contribue à développer son pouvoir de mobilisation et d'action ; là encore les résultats du questionnaire le vérifient.

Les professionnels sont plus partagés sur le versant thérapeutique lié au rétablissement.

Même si la participation de l'utilisateur en cellule de veille du CLSM est souhaitée par une majorité de professionnels et reconnue comme ayant des vertus thérapeutiques, il n'en demeure pas moins que des craintes subsistent et le 1^{er} motif énoncé est lié au contenu des informations échangées qui devra être différent pour préserver l'utilisateur.

Il faut souligner qu'à pourcentage égal les professionnels craignent que les usagers se sentent isolés et jugés en participant à la cellule.

Pratiquement à l'unanimité, les professionnels n'envisagent pas la participation des usagers sans préparation en amont de la cellule de veille et en parallèle les membres de la cellule de veille doivent se préparer à l'accueil de l'utilisateur. Les professionnels n'ont pas fourni de précision lorsque les réponses aux questions le permettaient ; une étude plus qualitative aurait du sens pour affiner l'analyse.

Dans l'expression libre, il est à noter quelques remarques, émanant des professionnels qui, bien que favorables à la participation de l'utilisateur en cellule de veille, attirent l'attention sur leur crainte, même en préparant bien l'utilisateur, de perdre le lien parfois fragile qu'ils ont avec certains qui seraient déstabilisés par la forme de l'instance (nombre important de participants). Il est à contrario soulevé l'intérêt pour l'utilisateur de prendre la mesure du nombre de professionnels qu'il active, des possibilités et limites d'actions.

Autre inquiétude, qui se situe sur l'allongement du délai pour saisir la cellule du au temps de préparation nécessaire de l'utilisateur pour sa participation.

En ce qui concerne les résultats usagers, n'étant pas présents en cellule de veille et au vu de la définition donnée, ils ne la considèrent pas aujourd'hui comme un lieu de réseau.

Ils souhaitent pour une très large proportion participer à l'instance qu'ils considèrent comme les professionnels thérapeutiques quant à leur pouvoir d'agir mais perçoivent également moins l'aspect thérapeutique quant à leur rétablissement.

Ils expriment également des craintes liées au fait de ne pas savoir quoi dire ni comment lors de la rencontre.

Ils demandent à être préparés et contrairement aux professionnels ils manifestent le besoin qu'un animateur gère le déroulement de l'échange.

Il a également été soulevé la question du lieu qui doit être accueillant, chaleureux. Les conditions matérielles ont une grande importance pour le bon déroulement de la cellule et pour ne pas renforcer leur crainte de se retrouver en position de jugement comme dans un tribunal.

II. LES LIMITES :

Le comité de pilotage du CLSM n'étant plus actif depuis plus d'un an, la question soulevée par ce mémoire n'a pu être évoquée au sein de cette instance ou en réunion plénière. Cela aurait permis d'élargir le recueil de données statistiques et d'être plus représentatif. .

La réflexion s'est donc limitée aux membres permanents et participants à la seule cellule de veille.

Les professionnels sollicités pour remplir le questionnaire l'ont été en parallèle d'une démarche d'analyse des besoins sociaux réalisée par le CCAS et qui les invite aussi à apporter leur contribution et à prendre de leur temps pour y répondre. La période n'était peut-être pas la plus propice.

Le nombre d'utilisateurs a été limité faute de temps ce qui donne uniquement une indication sur une tendance émergente mais ne constitue pas une représentativité.

Les réponses aux questionnaires, tant du point de vue des professionnels que des utilisateurs, confirment l'hypothèse que : la cellule de veille du CLSM de la ville de Trappes-en-Yvelines peut-être un lieu de travail thérapeutique de réseau.

III. LES PERSPECTIVES :

Le CLSM de la ville de Trappes-en-Yvelines a comme point fort sa cellule de veille reconnue et active depuis plusieurs années qui a permis un maillage professionnel interinstitutionnel effectif et réactif face aux problématiques de santé mentale. Les autres composantes du CLSM sont peu voire pas développées ou peu lisibles.

La participation des utilisateurs tant au niveau représentation collective qu'à titre individuel est inexistante dans le cadre de la cellule de veille en particulier et dans le cadre du CLSM en général.

Au-delà du respect de l'obligation légale quant à la place de l'utilisateur en santé mentale, la majorité des professionnels du territoire interrogés partagent la conviction que l'utilisateur est un partenaire et acteur incontournable de sa situation globale et de sa santé mentale entre autres.

La participation de l'utilisateur est envisagée dans le cadre de la cellule de veille non pas à titre représentatif mais à titre individuel. Cela peut paraître surprenant à deux niveaux : plus généralement l'utilisateur est, dans un premier temps, représenté au sein d'instances et pas forcément d'abord en cellule de veille mais plutôt en comité de pilotage.

Le CLSM de la ville de Trappes s'est créé par sa cellule de veille et c'est dans cette continuité que l'utilisateur va pouvoir l'intégrer. La représentation de l'utilisateur n'est pas souhaitée car la présentation des situations est nominative et les membres du CLSM sont attachés à cette pratique considérant qu'elle renforce la place de la personne en tant que sujet acteur.

La plupart, mais pas l'intégralité des membres permanents et professionnels présentant des situations en cellule de veille du CLSM sont prêts à la participation des usagers concernés. Une mise en place est nécessaire avec, comme il l'a été évoqué par les protagonistes, des préalables pour garantir le bon déroulement au bénéfice thérapeutique pour l'utilisateur. Nous pourrions repartir des points de vigilance du fonctionnement en réseau abordé en première partie.

Un travail de réflexion approfondie en commun entre professionnels et usagers volontaires sur les atouts du fonctionnement existant de la cellule de veille et les précautions à prendre pour la mise en œuvre de la participation de l'utilisateur permettrait une validation partagée, gage de réussite.

Il pourrait s'agir d'un des axes de travail du CLSM présenté en comité de pilotage du CLSM ce qui soutiendra sa réactivation et de fait le développement de ses missions.

La réalisation de l'analyse des besoins sociaux par le CCAS va favoriser cette reprise de dynamique du CLSM puisqu'en effet, à la demande des élus et compte tenu de l'importance des besoins repérés, un focus particulier est fait sur la prise en compte des personnes en situation de handicap dans la ville, jeunes et adultes ; l'aspect santé mentale y sera largement évoqué.

A ce jour, confortée par la formation que j'ai faite, en lien avec le médecin chef de pôle, une demi-journée de présentation et échanges de l'offre de soins psychiatriques a été proposée aux professionnels en juin dernier afin d'acquiescer le même niveau de connaissances.

J'ai rencontré la représentante de l'UNAFAM sur le territoire pour envisager au plus vite sa participation au comité de pilotage.

CONCLUSION :

Le maire, les élus sont sollicités en première ligne et au quotidien pour pallier aux difficultés sociales sous toutes ses formes et à la souffrance psychosociale qui les accompagnent.

Bien que la santé ne soit pas une compétence qui incombe à la commune, pour autant cette question de la santé et de la santé mentale en particulier, est une préoccupation importante.

IL est à rappeler que la santé qui est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ne se limite pas à une prise en charge sanitaire.

Le maire est le responsable des politiques qui doivent contribuer au bien-être , et à l'accès aux droits de chaque citoyen de sa commune. Il a le pouvoir de mobiliser les différents acteurs pour tenter de répondre aux situations de détresses multiples.

La complexité pour accompagner et prendre en charge les personnes concernées par ces situations est caractérisée par son inscription dans la durée et la nécessité de coordonner autour du projet de vie de nombreux intervenants issus de secteurs différents (sanitaire, médico-social, social, éducation, politiques publiques, associations, familles.

Le CLSM est en ce sens un précieux outil collectif réunissant le sanitaire, le médico-social et toute instance concourant aux besoins de l'utilisateur avec chacun ses responsabilités. et incluant également l'utilisateur principal concerné par sa situation.

A la mairie de Trappes-en-Yvelines, l'intérêt d'une cellule de veille du CLSM n'est plus à prouver ; elle a été largement expérimentée, est reconnue et porte ses fruits au delà de l'instance, dans la pratique professionnelle des intervenants au quotidien.

L'intérêt théorique de la présence de représentant d'utilisateur ou de l'utilisateur lui-même est reconnu mais la concrétisation reste à mettre en œuvre. La démarche ne fait cependant pas encore l'unanimité auprès des professionnels dans un contexte actuel marqué par des faits de violence grave posés par des usagers tant à l'égard de leur famille que des soignants du secteur psychiatrique.

ANNEXES :

Présentation détaillée du CLSM

Charte du CLSM de trappes

Questionnaire professionnels

Questionnaire usagers

QU'EST-CE QU'UN CLSM ?

1) Définition

Le conseil local de santé mentale est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants.

Il vise à favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local.

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

2) Objectifs du CLSM :

▶ Objectifs stratégiques :

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

▶ -Objectifs opérationnels :

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

3) Actions prioritaires du CLSM

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

▶ L'observation locale :

Un diagnostic est réalisé afin de recueillir les données nécessaires à l'évaluation des besoins et des ressources en santé mentale du territoire.

Ce diagnostic repose sur plusieurs sources de données (CLS, Ateliers Santé Ville, observatoires locaux et régionaux, CPAM, établissements de santé, enquêtes universitaires, Education Nationale, agences d'urbanisme, réseaux de santé, MDPH...) et regroupe plusieurs types de données, quantitatives et qualitatives (état de santé mentale de la population et de ses déterminants, recours aux soins libres et contraints, représentation des troubles de la santé mentale, politiques de santé locales, état des partenariats, ressources et offre sur le territoire...).

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

▶ La prévention et l'amélioration de l'accès aux soins :

L'action du CLSM permet :

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

▶ **L'éducation et la promotion en santé mentale :**

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

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

▶ **L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion :**

Le CLSM met en place et coordonne les partenariats visant :

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

. A promouvoir l'accès à la citoyenneté des usagers.

▶ **La lutte contre la stigmatisation :**

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

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

▶ **La promotion d'outils d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques**

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

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

4) • Gouvernance du CLSM

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

5) Le comité de pilotage :

Le comité de pilotage rassemble le maire ou l'élu représentant un regroupement de communes, président, les élus concernés par l'action du CLSM, les chefs de secteurs ou de pôle représentant la psychiatrie publique, les représentants des usagers et des aidants ayant participé à la constitution du CLSM, le coordonnateur du CLSM, le représentant de la délégation territoriale de l'ARS, des représentants des professionnels de santé libéraux, des travailleurs sociaux, un représentant de la MDPH, un représentant de l'éducation nationale, le coordonnateur de l'ASV, le coordonnateur du CLS s'il est différent de celui du CLSM, et toute personne désignée par l'assemblée plénière.

Il arrête les objectifs prioritaires du CLSM, son programme de travail, les modalités du partenariat à mettre en oeuvre, et le choix et la composition des différents groupes de travail

Il suit la mise en oeuvre du programme de travail du CLSM et informe l'ARS des besoins repérés sur le territoire et des actions mises en place pour y répondre.

Il recherche les ressources financières nécessaires au fonctionnement du CLSM.

Il prévoit les modalités de l'évaluation et rend compte de celle-ci à l'assemblée plénière.

Il se réunit régulièrement pour assurer ses missions

6) L'assemblée plénière :

L'assemblée plénière rassemble tous les membres et partenaires du CLSM : élus, professionnels de santé, travailleurs sociaux, établissements, institutions, associations, usagers, habitants, et tout professionnel concourant à l'action du CLSM.

Elle est force de propositions, et est un lieu d'échanges et de concertation.

Elle se réunit au moins une fois par an pour dresser un bilan de l'action du CLSM.

7) -Le coordonnateur :

Le coordonnateur est responsable du fonctionnement courant du CLSM, de la mise en oeuvre de son programme de travail ainsi que de l'animation du partenariat. Il prépare les assemblées plénières et comités de pilotage et assure leur suivi.

Il établit pour ces instances et pour l'ARS les éléments nécessaires à l'évaluation de l'action du CLSM.

Il doit répondre à un référentiel de compétences ou si besoin engager dans un délai de 2 ans les formations qualifiantes nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Une mutualisation peut être mise en oeuvre entre plusieurs CLSM, ou avec un contrat local de santé si celle-ci permet de renforcer la cohérence des actions mises en oeuvre.

Le coordonnateur est intégré dans l'équipe de pilotage des Contrats Locaux de Santé signés sur son territoire.

Le directeur du Centre hospitalier, employeur du coordonnateur pour la quotité de travail financée par l'ARS, organise son recrutement en y associant le maire de la commune d'implantation du CLSM, ou l'élu représentant un regroupement de communes si le territoire du CLSM est intercommunal.

8) Articulation avec les Contrats Locaux de Santé

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

9) · Articulation avec la politique de la ville

Les CLSM ayant une mission d'inclusion sociale, leur action doit être fortement articulée avec les outils mis en place dans le cadre de la politique de la ville (Contrats Urbains de Cohésion Sociale, Ateliers Santé Ville). Si un ASV est en place dans le territoire du CLSM, le coordonnateur de cet atelier sera associé au fonctionnement de celui-ci dès sa création et siègera à son comité de pilotage.

10) Intégration des CLSM dans l'organisation régionale de la coordination des politiques publiques

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

Leur action sera portée chaque année à la connaissance de la commission régionale de coordination des politiques publiques, et des conférences de territoire, ainsi que de la sous-commission de la CRSA qui sera créée conformément au Plan Psychiatrie Santé Mentale.

11) Communication

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

- Il peut mettre en œuvre ou participer à des actions de communication sur le CLSM (Plaquettes, schéma explicatif de l'organisation du CLSM, site internet...) à destination des membres identifiés du CLSM et des acteurs susceptibles d'y participer.
- Il peut mettre en œuvre, ou participer en lien avec l'ARS ou le Psycom, à des actions de communications à destination des citoyens sur les troubles psychiques, ainsi que sur les ressources en termes de soins et d'accompagnement.

12) Dynamique d'évaluation des dispositifs

- L'appropriation du projet du CLSM par ses membres, ainsi que leurs modalités d'engagement sont évaluées tous les deux ans. Cette évaluation ne concerne pas les actions issues de la concertation en CLSM, mais la dynamique de concertation collective de l'instance CLSM.
- L'évaluation des actions menées fait l'objet d'un bilan annuel. Celui-ci est diffusé à l'ensemble des membres du CLSM et de ses partenaires, aux élus concernés, aux financeurs (Communes, ARS), aux services déconcentrés de l'Etat, aux services du conseil général. Ce bilan explicite notamment l'appropriation du Projet Régional de Santé par les acteurs locaux, la réalisation du programme de travail du CLSM, les projets aboutis, les partenariats élaborés et les difficultés rencontrées.
- Le CLSM doit prévoir par ailleurs les modalités de restitution de son activité à la population.



La cellule de veille du Conseil Local de Santé Mentale Ville de Trappes-en-Yvelines

Loi de Sectorisation de 1985, incitant à la création de
Conseils Départementaux de Santé Mentale

Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de
santé

Loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance

Circulaire du 14 mars 1990, incitant à la création de Conseils de Secteur

Fonctionnement et charte de confidentialité

SOMMAIRE

Le contexte général

Objectif et composition de la cellule de veille du CLSM

Organisation, fonctionnement et modalités de saisine de la cellule de veille du CLSM

Une éthique professionnelle partagée par tous les partenaires de la cellule de veille du CLSM

Charte de confidentialité de la cellule de veille du CLSM

Les textes de référence et le cadre juridique

Le droit des usagers _____

Le secret et la discrétion professionnelle _____

Les personnes tenues au secret professionnel _____

Autorisation de levée du secret professionnel _____

Obligation de levée du secret ou de la discrétion professionnelle _____

Le partage du secret

Le contexte général

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est mis en place dans le cadre de la loi de Sectorisation de 1985, incitant à la création de Conseils Départementaux de Santé Mentale, de la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, de la Loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance et la vulnérabilité et de la Circulaire du 14 mars 1990, incitant à la création de Conseils de Secteur.

L'augmentation de la précarité génère des situations de souffrance psycho-sociale qui peuvent se traduire par de nombreuses conséquences, notamment en matière de santé mentale.

Les Institutions (Conseil Départemental, Psychiatrie Adulte, Pôle Psychosocial du Commissariat, Ville de Trappes-en-Yvelines, Associations...) en charge du suivi des personnes en situation de détresses multiples sont saturées, ce qui peut conduire à une logique de la « patate chaude ».

Certaines situations d'adultes fortement dégradées nécessitent l'intervention complémentaire de plusieurs partenaires auprès de l'utilisateur et de sa famille.

Les partenaires concernés se sont donnés comme objectifs de prévenir la désinsertion en suivant une logique d'intervention la plus précoce et la plus concertée possible.

Comme toute politique centrée sur un public spécifique, la cellule de veille du CLSM se heurte à une question déontologique : la confidentialité des informations.

La question à résoudre est de déterminer les modes d'organisation à adopter et les rôles et responsabilités que doivent avoir chaque acteur et instance de travail pour que les personnes (et leurs familles) qui nécessitent des soutiens dans le domaine sanitaire et social, ne soient pas stigmatisées et que leurs droits, notamment celui du respect de la vie privée, soient garantis.

Les questions se rapportant à l'information partagée, au secret professionnel et à la confidentialité apparaissent en effet comme des points essentiels au bon fonctionnement de la cellule de veille du CLSM.

Ce présent document décrit les règles de fonctionnement de cette cellule et les modalités de partage d'informations entre les différents partenaires.

Le fonctionnement et la charte de confidentialité ont été élaborés en concertation entre les services de la Ville de Trappes-en-Yvelines, du Conseil Départemental des Yvelines, du Centre Médico-Psychologique (CMP) de Trappes et du Pôle Psychosocial du Commissariat de Trappes.

Objectif et composition de la cellule de veille du CLSM

La cellule de veille du CLSM est une instance de concertation entre intervenants sociaux, médico-sociaux et sanitaires, autour de situations nominatives de personnes en difficultés psychosociales ou psychiatriques.

La cellule de veille du CLSM a été créée par délibération municipale n°2010-087 du 28 juin 2010.

Son objectif majeur est de prévenir la désinsertion sociale :

- en proposant une co-évaluation sanitaire et sociale de la situation ;
- en favorisant la coordination des interventions sanitaires et sociales.

La cellule de veille du CLSM est composée de membres-permanents qui assistent à l'ensemble des réunions (entre 10 et 15 par an) qui se tiennent en Mairie.

Selon la situation, des partenaires ponctuels institutionnels et/ou associatifs peuvent être invitées.

Composition → les membres-permanents de la cellule de veille du CLSM :

1) Secteur psychiatrique/Milieu hospitalier

- La Médecin-Psychiatre, Responsable du CMP de Trappes ;
- L'Assistante Sociale du CMP de Trappes ;
- Une Infirmières du CMP de Trappes.

2) Conseil Départemental des Yvelines :

- Les responsables des deux Secteurs d'Action Sociale (SAS).

3) Pôle Psychosocial du Commissariat de Trappes

- L'Intervenante Sociale ;
- La Psychologue-Clinicienne.

4) Ville

- La Directrice du CCAS (Pilote) ;
- Le Chargé de Mission Prévention/Sécurité (Coordinateur) ;
- La Directrice du Service Logement.

La cellule de veille du CLSM est régie par une charte de confidentialité (page 7) définissant le cadre déontologique et les conditions de partage d'information et de levé du secret professionnel.

La cellule de veille du CLSM ne peut faire que des préconisations. Elle ne peut imposer des décisions aux intervenants sociaux. Seule obligation légale qui s'impose à tout intervenant social ou sanitaire, le signalement pour personnes vulnérables au Procureur de la République ou au Président du Conseil Départemental selon, sous peine de poursuite pour non assistance à personne en péril.

Organisation, fonctionnement et modalités de saisine de la cellule de veille du CLSM

La cellule de veille du CLSM s'organise de la manière suivante :

→ Tout professionnel peut saisir le Coordinateur par courriel ou par téléphone, afin de lui proposer d'inscrire une situation à l'ordre du jour, au minimum deux semaines avant la tenue de la réunion (sauf situation très urgente) ;

→ Le professionnel devra indiquer le nom, le prénom, l'âge et l'adresse de la personne dont la situation sera présentée en cellule de veille du CLSM ;

→ L'accord ou au minimum l'information de la personne sera systématiquement et préalablement recherché par le partenaire qui souhaite présenter la situation en cellule de veille du CLSM.

A titre exceptionnel, une dérogation à cette obligation est possible si le professionnel estime que cette information est contraire à l'intérêt de l'utilisateur.

→ Lorsque le professionnel qui présente la situation souhaite convier un ou plusieurs partenaires extérieurs, il est chargé de le ou les contacter.

Il doit également en informer par courriel le Coordinateur, en indiquant l'adresse électronique du ou des partenaire(s) ciblé(s) afin qu'une invitation officielle, avec ce présent document, lui soit envoyé.

→ Au cours de la cellule de veille du CLSM, le professionnel présente la situation aux membres-permanents (et aux partenaires invités, le cas échéant) ;

→ Un relevé de décisions individualisé sera élaboré par le Coordinateur pour chaque situation évoquée en cellule de veille du CLSM.

Aucune information descriptive de la situation ne figurera sur ce document qui sera transmis par courriel sécurisé (avec mot de passe) aux membres-permanents ainsi qu'aux partenaires invités en cellule de veille du CLSM.

→ Les relevés de décisions devront être conservés deux années maximum par chaque participant, à partir du moment où il y est inscrit « sortie de la situation de la cellule de veille du CLSM ».

→ Sur requête auprès du coordinateur, les relevés de décisions seront consultables par les usagers, conformément aux droits d'accès des usagers aux documents administratifs les concernant (loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal).

Une éthique professionnelle partagée par tous les partenaires de la cellule de veille du CLSM

La participation de chaque partenaire à la Cellule de Veille du CLSM est un engagement de chacun et de chaque institution pour définir des stratégies et des réponses adaptées aux problèmes sanitaires et sociaux que soulève une situation. L'adhésion à la charte formalise la manifestation de cette volonté et de cet engagement.

En validant cette charte, les différents acteurs reconnaissent la pertinence d'un échange d'information, dans l'intérêt de la personne, raisonné, encadré, et respectueux des missions de chacun.

Cette charte, sur la base d'engagements réciproques entend faciliter la mise en réseau des compétences professionnelles, renforcer les relations partenariales et organiser des complémentarités d'actions.

Ce partenariat se construit sur la base d'une contribution volontaire, d'une confiance réciproque et d'un respect de l'indépendance des intervenants.

Cette charte s'applique à tous les signataires et aux partenaires de la cellule de veille du CLSM et implique leur adhésion.

Elle sera donc signée par l'ensemble des membres-permanents de la cellule de veille du CLSM.

Elle sera également transmise par courriel à tout nouveau partenaire souhaitant présenter une situation, et devra **être impérativement signée en séance** (lors du premier passage, avant d'évoquer la situation en cellule de veille du CLSM).

Les membres-permanents de la cellule de veille du CLSM ainsi que l'ensemble des partenaires invités en séance s'engagent à reconnaître que cette charte a valeur juridique et vaut engagement moral.

Charte de confidentialité de la cellule de veille du CLSM

Article 1^{er} : Cadre juridique

Par la signature de la présente charte, les membres de la cellule de veille du CLSM s'engagent à respecter le cadre légal et juridique joint.

Article 2 : Accord des personnes

Le partenaire qui présente une situation en cellule de veille du CLSM en informera préalablement la personne. A titre exceptionnel, une dérogation à cette obligation est possible si le professionnel estime que cette information est contraire à l'intérêt de l'utilisateur.

Article 3 : Le partage du secret

Les situations individuelles sont examinées dans le cadre de la cellule de veille du CLSM, entre membres ayant une légitimité et un champ de compétence utile pour l'évocation des situations des personnes et disposant du pouvoir de décision concernant l'étendue des informations transmises.

Article 4 : Cadre et finalité de l'échange

Les partenaires s'engagent à respecter la confidentialité des informations concernant la situation des personnes. L'analyse des situations évoquées doit demeurer dénuée de tout jugement de valeur. Les informations doivent impérativement être utilisées conformément aux finalités attribuées à la cellule de veille du CLSM et dans l'intérêt des personnes.

Article 5 : Nature des informations échangées

Chaque partenaire s'engage à ne transmettre aux participants de la cellule de veille du CLSM que les informations confidentielles strictement nécessaires à l'accomplissement des missions de cette instance.

Article 6 : Engagement des professionnels

Les membres de la cellule de veille du CLSM s'engagent à évaluer conjointement la situation et à coordonner les réponses, dans l'intérêt des personnes.

Article 7 : Obligation des professionnels

Chaque professionnel qui participe à la cellule de veille du CLSM a pour obligation de préserver la confidentialité des informations recueillies collectivement.

Article 8 : Restitution aux usagers

Dans la mesure du possible, le partenaire référent de la situation, désigné par la cellule de veille, devra rendre compte oralement aux personnes des préconisations proposées par la cellule de veille du CLSM.

Article 9 : Transmission et signature de la charte de confidentialité

La présente charte sera transmise par courriel à chaque partenaire invité. Tout partenaire présent en cellule de veille du CLSM devra la signer. En séance, le pilote de la cellule de veille lui fera un rappel du mode de fonctionnement de cette instance et du caractère confidentiel des informations échangées.

Article 10 : Manquements aux devoirs de la charte de confidentialité

Tout manquement aux devoirs et au respect de cette charte entraîne de facto une exclusion de la cellule de veille du CLSM. Toute personne qui s'affranchit des règles de partage de l'information s'expose aux poursuites prévues par le Code Pénal.

Les textes de référence et le cadre juridique

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) s'inscrit dans des contextes professionnels déjà régis par des textes réglementaires et juridiques. Les plus importants sont rappelés ci-dessous.

L'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge dans le cadre de la cellule de veille du CLSM.

↳ Le droit des usagers

« Droit au respect de la vie privée et familiale

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.
2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

(Article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme)

« Chacun a droit au respect de sa vie privée.

Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. »

(Article 9 du Code Civil)

↳ Le secret et la discrétion professionnelle

Définitions :

"Secret" est à la fois un substantif et un adjectif. Le droit institue une obligation au respect du secret dans la mesure où l'ordre public, l'intérêt des familles ou un intérêt économique commandent que certaines informations ne puissent être connues de tierces personnes qu'avec l'accord de celles qu'elles concernent. Il s'agit d'un droit de protection. L'article 226-13 du Code pénal réprime la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire et selon l'article 9 du Code civil, chacun a droit au respect de sa vie privée.

L'obligation de discrétion professionnelle est définie par le deuxième alinéa de l'article 26 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant sur les droits et obligations des fonctionnaires :

« Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. En dehors de ces cas, expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. »

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000€ d'amende »

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000€ d'amende »

(Article 226-13 du Code Pénal)

↳ Les personnes tenues au secret professionnel

Il n'y a pas de liste limitative des personnes tenues au secret dans le nouveau Code Pénal.

L'ancien article 378 du Code Pénal visait «les médecins, les chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état et profession ou par fonctions temporaires ou permanentes ».

Le nouvel article L. 226-13 est encore plus ouvert. Il existe des textes épars, tellement variés que le législateur a préféré ne pas dresser de liste. Aux Tribunaux, au Législateur ou au Gouvernement de dire si, aux termes de l'article L. 226-13 du Code Pénal, telle ou telle personne est dépositaire du secret professionnel.

On peut mentionner parmi ces textes :

- Les assistantes sociales (art. L. 411-3 du Code de l'Aide Sociale et de la Famille),
- Le personnel de PMI (art. L. 2112-9 du Code de Santé Publique).

Autres personnes tenues au secret professionnel dans le domaine du social :

- **Les fonctionnaires des trois Fonctions Publiques** (Etat, Territoriale, Hospitalière), qui sont soumis au secret professionnel « dans le cadre des règles instituées par le Code Pénal » (loi du 13 juillet 1983, art. 26) et à une obligation de discrétion professionnelle » pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions »,
- Les personnes amenées à intervenir dans l'instruction des dossiers de RMI,
- Les agents de Sécurité Sociale,
- Les agents du Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED, accessible sans interruption par le numéro national d'urgence « 119 »).

Autorisation de levée du secret professionnel

« [L'article 226-13](#) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- 1) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- 2) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- 3) Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

(Article L. 226-14 du Code Pénal)

↳ [Obligation de levée du secret ou de la discrétion professionnelle](#)

Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

(Article 40 du Code de procédure pénale)

↳ [Le partage du secret](#)

« Lorsqu'un professionnel de l'action sociale, définie à [l'article L. 116-1](#), constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels, il en informe le maire de la commune de résidence et le président du conseil départemental. [L'article 226-13](#) du code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des

informations confidentielles dans les conditions et aux fins prévues au présent alinéa.

Lorsque l'efficacité et la continuité de l'action sociale le rendent nécessaire, le maire, saisi dans les conditions prévues au premier alinéa ou par le président du conseil départemental, ou de sa propre initiative, désigne parmi les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille un coordonnateur, après accord de l'autorité dont il relève et consultation du Président du Conseil Départemental.

Lorsque les professionnels concernés relèvent tous de l'autorité du président du conseil départemental, le maire désigne le coordonnateur parmi eux, sur la proposition du président du conseil départemental. Le coordonnateur est soumis au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et [226-14](#) du code pénal.

Par exception à l'article 226-13 du même code, les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille sont autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret, afin d'évaluer leur situation, de déterminer les mesures d'actions sociales nécessaires et de les mettre en œuvre. Le coordonnateur a connaissance des informations ainsi transmises. Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale.

Le professionnel intervenant seul dans les conditions prévues au premier alinéa ou le coordonnateur sont autorisés à révéler au maire et au président du conseil général, ou à leur représentant au sens des [articles L. 2122-18](#) et [L. 3221-3](#) du code général des collectivités territoriales, les informations confidentielles qui sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs compétences. Les informations ainsi transmises ne peuvent être communiquées à des tiers sous peine des sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Lorsqu'il apparaît qu'un mineur est susceptible d'être en danger au sens de l'article 375 du code civil, le coordonnateur ou le professionnel intervenant seul dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article en informe sans délai le président du conseil départemental ; le maire est informé de cette transmission. »

Article L121-6-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

(Créé par la loi n°2007-297 du 5 mars 2007) :

SONDAGE : participation de l'utilisateur à la cellule de veille du CLSM

la cellule de veille du CLSM est un lieu de travail en : *

- partenariat (groupe de professionnels pour un échange entre pairs)
- réseau (groupe de professionnels élargi à toute personne ayant une importance pour l'utilisateur)

A ce jour l'utilisateur est informé et donne son accord pour que sa situation soit *
évoquée nominativement en cellule de veille. Un retour des échanges et
préconisations lui est fait. Ce fonctionnement vous convient :

- totalement
- partiellement (préciser)
- pas du tout (préciser)

La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il *
mobilise les capacités d'agir de l'utilisateur (empowerment) ?

- oui
- Non

La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il *
contribue au rétablissement de l'utilisateur concerné ?

- oui
- Non

La participation de l'utilisateur à la cellule de veille est-elle pertinente ? *

- Oui
- Non

Mes craintes quant à la participation de l'utilisateur : *

- aucune
- Il va se sentir isolé dans le groupe et jugé
- Je risque d'être remis en question dans ma pratique professionnelle devant l'utilisateur
- Je ne pourrai pas tout dire pour préserver l'utilisateur

Si l'utilisateur participe à la cellule de veille, les préalables sont : *

- aucun
- Le préparer à la rencontre
- Préparer la cellule de veille pour la rencontre
- Un animateur doit être de la prise de parole

Formulaire à destination des usagers

La cellule de veille du CLSM est un lieu de travail en : *

- Partenariat (groupe de professionnels pour un échange entre pairs)
- réseau (groupe de professionnels élargi à toute personne ayant une importance pour l'utilisateur)

A ce jour, vous êtes informés et vous donnez votre accord pour que votre situation soit évoquée nominativement en cellule de veille. Un retour des échanges et préconisations vous est fait. Ce fonctionnement vous convient ? *

- Totalement
- Partiellement, précisez :
- Pas du tout, précisez :

La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il mobilise vos capacités d'agir (empowerment) *

- oui
- non

La cellule de veille du CLSM est-elle un lieu thérapeutique dans le sens où il contribue à votre rétablissement

- oui
- non

votre participation à la cellule de veille est-elle pertinente ?

- oui
- non

vos craintes quant à votre participation : *

- aucune
- vous sentir isolé dans le groupe et jugé

Si vous participez à la cellule de veille les préalables sont : *

- aucun
- me préparer à la rencontre
- préparer les membres de la cellule de veille à la rencontre
- un animateur doit être garant de la prise de parole

ACRONYMES

ARS : Agence régionale de santé

CCAS : Centre Communal d'action sociale

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

CDU : Commission des usagers

CLS : Contrat local de santé

CLSPD : Contrat local de sécurité et de Prévention de la Délinquance

CLSM : Conseil local en santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

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

CTSM : Contrat territorial de santé mentale

FAS : Foyer d'accueil spécialisé

GIP : Groupement d'intérêt public

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

LMSS : Loi de modernisation du système de santé

MAS : Maison d'accueil spécialisée

OMS : Organisation mondiale de la santé

PRS : Programme régional de santé

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

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RTSM : Réseau territorial de santé mentale

UNAFAM : Union Nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ <https://www.observatoire-santé.fr>
- ² OMS (2005) Définition de la santé mentale – Conférence européenne d’Helsinki, OMS, 2005
- ³ Loi de 1838 sur les aliénés
- ⁴ Rapport Massé 1992
- ⁵ Rapport Piel et Roelandt. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. 2001
- ⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)
- ⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 dite « loi Kouchner »
- ⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dite loi sur le handicap
- ⁹ Loi du 21 juillet 2009, dite HPST : Hôpital, patients, santé et territoire
- ¹⁰ Ordonnance Juppé
- ¹¹ Circulaire 2006-550 du 28/12/2006
- ¹² Rapport Compagnon. *Pour l’An II de la Démocratie Sanitaire*. 14 février 2014
- ¹³ Rapport Michel Laforcade *relatif à la santé mentale*-octobre 2016
- ¹⁴ Circulaire 2030 du 12/12/1972 et 891 du 09/05/1974
- ¹⁵ Décret du 14/03/1986
- ¹⁶ Ordonnance de 09/2003
- ¹⁷ Circulaire du 14/03/1190
- ¹⁸ Rapport Roelandt. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, place des usagers et rôle des partenariats* ». 2002
- ¹⁹ Loi N° 2002-276 du 27/02/2002
- ²⁰ Plan de santé mentale 2005-2008
- ²¹ Rapport Couty. *Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie*. 2009
- ²² Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

²³ Rapport Denys Robillard. 2013

²⁴ Rapport Bernadette Devictor. *Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH). Développer l’approche territoriale et populationnelle de l’offre de santé*. Mars 2014

²⁵ Christian Bachmann

²⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/usager>

²⁷ Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière (3e édition revue et augmentée 22 août 2005) *Définitions de malade, de patient et d’usager*, éditions Masson,

RESUME :

L'utilisateur en souffrance psychique au sens large, voir atteint d'une pathologie mentale, vit dans la communauté et peut y manifester des troubles sous des formes diverses, souvent difficiles à comprendre et à prendre en compte.

A Trappes, le Maire est généralement le premier interlocuteur sollicité. Toutes les situations ne nécessitent pas une intervention en urgence mais toutes nécessitent une réflexion inter-partenaire et inter-institutionnelle pour répondre de façon adaptée à la problématique. Sans être la solution miracle, le **CLSM** est le cadre propice qui correspond à ce besoin.

Cette étude permet de mettre en évidence que le CLSM est une forme de **réseau** et à ce titre un outil d'intervention qui laisse une place importante à l'humain : professionnels et usagers.

La cellule de veille du CLSM place les professionnels en position d'acteurs capables de mobiliser des ressources pour trouver des solutions adaptées, innovantes, aux situations complexes des usagers auxquelles ils sont confrontés.

Ce mémoire met en exergue l'importance pour l'**usager** d'être reconnu, par les professionnels, avec ses difficultés, comme premier **partenaire** ayant des ressources qu'il lui est difficile pour des raisons diverses de mobiliser. Dans ce contexte, la participation de l'utilisateur en cellule de veille du CLSM a tout son sens. Elle favorise son **pouvoir d'agir**, contribue à son **rétablissement** et permet de considérer la cellule comme lieu thérapeutique de réseau.

Cette posture est moins évidente à tenir qu'elle n'y paraît pour les professionnels ; elle nécessite souvent une remise en cause de pratiques « classiques, habituelles » qui ont leurs limites.

Cet écrit, je le souhaite devrait permettre une base de réflexion quant au développement du CLSM et à la participation des usagers en particulier.

Mots clés :

CLSM-RESEAU-USAGER/PARTENAIRE - POUVOIR D'AGIR-RETABLISSEMENT.