

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 : études et applications »

Année 2017

**Chantier mental dans la communauté du territoire de
Derval-Châteaubriant (44) : le CLSM, un outil pour
passer du travail dans un réseau au service
d'usagers de la psychiatrie, à un collectif pour
accompagner les citoyens qui ont un handicap
psychique.**

Fabien LE GALL

Tutorat : Mme Pauline Guezennec

“L'important n'est pas de convaincre, mais de donner à réfléchir.”

Bernard Werber : « Le Père de nos pères » (Le livre de poche - 2010)

“Les plus silencieux s'avèrent souvent les meilleurs orateurs dès qu'on leur en donne l'occasion.”

Bernard Werber : « Les Thanatonautes » (Le livre de poche - 1996)

“Beaucoup me parent du qualificatif d'illuminé, d'utopiste. Je les en remercie. L'utopie ne signifie pas l'irréalisable, mais l'irréalisé.

L'utopie d'hier peut devenir réalité »

Théodore Monod (1902-2000) : scientifique naturaliste, explorateur, érudit et humaniste.

Remerciements

Je tiens à remercier ma tutrice de mémoire, Mlle Pauline Guezenec pour sa patience, sa réactivité et ses conseils.

Les responsables de cette formation universitaire, Mr Roelandt Jean Luc pour son enthousiasme et sa motivation communicatifs, Mme Aude Caria, pour son dynamisme entraînant.

Tous les intervenants rencontrés aux cours des trois sessions pour leur engagement pour une psychiatrie plus humaniste, leur accessibilité et leur disponibilité durant et après leurs interventions.

Tous les autres étudiants de cette formation, avec qui mes échanges furent nombreux et constructifs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
ARGUMENTAIRE	2
Partie 1 : Cadre conceptuel et théorique préalable à la mise en place d'un CLSM	4
1. <i>De la santé à la santé mentale communautaire</i>	4
1.1. La santé mentale en chiffres.....	4
1.2. La santé mentale composante indissociable de la santé.....	5
1.3. De la psychiatrie à la santé mentale	6
1.3.1. L'impact de l'histoire.....	6
1.3.2. Du secteur de psychiatrie au collectif du CLSM	6
1.4. La place de la santé mentale dans la loi de modernisation de notre système de santé	9
2. <i>La santé mentale communautaire</i>	10
2.1. Le décloisonnement : du travail dans un réseau, au travail en réseau	10
Les réseaux du patient	11
Le cloisonnement ou travail dans un réseau	11
Le décloisonnement ou travail en réseau	11
2.2. Cohésion sociale et santé mentale	12
3. <i>Les élus acteurs de la promotion de la santé</i>	14
3.1. L'élu et la santé : du conseil local de sécurité au conseil local de santé	14
3.1.1. L'élu et la souffrance psychosociale	14
3.1.2. Le CLS, une mesure de la loi HPST	15
3.2. Les liens entre élus et psychiatrie publique.....	16
4. <i>L'usager membre incontournable du collectif</i>	17
4.1. Le malade, le patient, l'usager, le citoyen	17
Le malade.....	17
Le patient	18
L'usager, le citoyen	20
4.2. L'évolution de la place de l'usager en santé mentale dans la législation	21
4.3. GEM, SISM, SMF, la participation des usagers dans la promotion de la santé.....	22
GEM, lieu de pair-aidance, collectif de sensibilisation à la santé mentale	22
SISM, collectif d'acteurs en santé mentale, temps de pédagogie et de déstigmatisation	23
SMF, lieu d'échanges et de liberté de parole, collectif force de proposition pour les soins, la réadaptation, la réhabilitation, la réinsertion.	24
4.4. Inclusion sociale, Empowerment et Recovery	25
L'inclusion sociale, la fabrique de liens.....	25
L'empowerment, le « pouvoir d'agir »	25
Le rétablissement (Recovery), l'atteinte d'un nouvel équilibre.....	27
Partie 2 : Pertinence d'un CLSM sur le secteur 44G14	28
1. <i>Le secteur 44G14 et la communauté de communes Derval-Châteaubriant : état des lieux</i>	28
2. <i>La ville de Châteaubriant et la psychiatrie publique : des partenariats au service des citoyens souffrant d'handicap psychique</i>	29
2.1. La souffrance psychique	29
2.2. La notion de handicap psychique	29
2.3. Des initiatives locales en faveur de la santé Mentale.....	30
Une équipe de psychiatrie de secteur qui travaille en réseau.....	30
La création du GEM de Châteaubriant.....	31
Le pacte territorial de prévention du risque suicidaire	32
3. <i>Un CLSM avec Châteaubriant ou avec la communauté de communes ?</i>	33

<i>4. Un questionnaire à destination des élus du territoire</i>	<i>33</i>
4.1. Quel bilan ?.....	34
4.2. Quelles difficultés ?	36
4.3. Quelles stratégies pour la mise en place d'un CLSM ?	37
Conclusion.....	40
Glossaire	41
Bibliographie	43

INTRODUCTION

Cadre de santé au sein de l'Établissement Public de Santé de Blain, j'anime et je coordonne plusieurs unités de soins extrahospitalières du pôle Centre¹ depuis fin 2010. Parmi ces structures, un Centre Médico-Psychologique (CMP), un hôpital de jour pour adultes, et un CMP pour seniors regroupés avec les unités de psychiatrie infanto-juvéniles dans un centre de soins en santé mentale situés au cœur de la ville de Châteaubriant.

A mon arrivée sur le secteur, j'ai été sollicité par le Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) pour participer avec l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), l'association d'Aide à domicile en Milieu Rural (ADMR) et une usagère de la psychiatrie à un groupe de réflexions sur la construction d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), premier pas dans un travail de collaboration sanitaire et médico-sociale. Parallèlement, je participais au groupe de travail Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) qui conduira à la mise en place de portes-ouvertes des structures sous ma responsabilité.

Pour parfaire mes connaissances sur les SISM, et la place des usagers, en septembre 2014, je participe à Nantes aux journées *"Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? Quels acteurs ? Quels partenariats ? Journées nationales ESPT : troisièmes rencontres nationales des CLSM et première rencontre nationale des acteurs des SISM* » J'y découvre les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), et ses différents acteurs : soignants, soignés, élus qui œuvrent pour une démocratie sanitaire. Dès lors je fais des recherches pour savoir comment mettre en place cet outil sur le secteur afin de répondre à certaines problématiques non solutionnées par le travail de réseau, et je me confronte à un refus des élus.

En faisant des recherches sur le sujet, j'ai trouvé la formation qui mène au Diplôme universitaire « Santé Mentale dans la Communauté ». Au cours de cette formation, j'ai pu bénéficier d'apports théoriques sur cette thématique et sur d'autres comme l'Empowerment et les médiateurs de Santé Pairs. J'ai pu échanger autour de nos différentes expériences professionnelles, confronter mes représentations de la psychiatrie à d'autres pratiques, à d'autres expériences professionnelles, et découvrir de nouvelles modalités de soins.

¹ ANNEXE 1 : pôle centre secteur-44G14

ARGUMENTAIRE

Châteaubriant est une ville de Loire-Atlantique à la frontière entre 2 régions et 3 départements, située en zone rurale, d'environ 12 000 habitants, avec une population vieillissante, comme sur l'ensemble de la communauté de communes Châteaubriant-Derval. Sa population présente des problématiques d'isolement, de consommation de toxiques, et un taux de suicide supérieur à la moyenne nationale. Elle se situe à environ 1h au nord de Nantes, 1h au sud de Rennes et 1h au nord-est d'Angers².

Depuis mon arrivée sur ce secteur, je me suis engagé dans le renforcement des politiques de réseaux de soins et la promotion de la spécificité de la psychiatrie. La question de la santé mentale dans la communauté semble intégrée tant dans les équipes de soins que parmi les autres professionnels du social, du médico-sociale, et de l'éducation nationale.

De nombreuses initiatives ont permis le rapprochement et le décloisonnement des différents acteurs du territoire pour clarifier les notions de psychiatrie, de santé mentale et de démocratie sanitaire.

Les SISM sont mises à contribution dans la lutte contre la stigmatisation tant au niveau du public que des professionnels, et pour redonner la parole aux usagers et développer leur Empowerment.

Des organisations, des rencontres se mettent en place pour faciliter l'interconnaissance, faciliter les coopérations dans l'accompagnement des individus à l'accès aux droits et aux soins.

Ainsi des actions de prévention du suicide sont reconduites depuis plusieurs années à l'initiative de la mairie à travers son élue aux affaires sanitaires et sociales et l'équipe du CCAS.

La création du GEM l'Etoile Filante de Châteaubriant, c'est fait notamment avec le soutien important de la mairie, en collaboration avec un groupe d'usagers, le Centre Hospitalier (CH) de Blain, l'UNAFAM, l'association Les Eaux-Vives et le soutien de 11 autres partenaires locaux issus de l'associatif, du médico-social et du social.

Cette coopération entre les professionnels de santé et les élus de Châteaubriant a été à plusieurs reprises soulignée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), comme un point de départ pour développer une politique locale de santé intégrée, adaptée aux besoins de la population et qui s'appuie sur l'ensemble des acteurs locaux : professionnels, citoyens, usagers.

² ANNEXE 2- Carte de localisation de Châteaubriant

Alors pourquoi le CLSM, prolongement de cette dynamique de territoire, lieu de coordination et de concertation, qui permet aux acteurs de proximité d'élaborer collectivement une politique de santé mentale n'est pas possible ?

Pourtant l'évolution des politiques de santé, affirme et reconnaît dans la loi de modernisation du système de santé du 16 janvier 2016, la démarche CLSM comme élément opérationnel de proximité pour la mise en œuvre des futurs projets territoriaux de santé mentale. De plus, le rôle des CLSM est consolidé par l'instruction du 30 septembre 2016, signée par les ministères de la santé et de la ville, qui promeut leur développement, tout comme le rapport Laforcade, ce qui donnent aux élus des possibilités exécutives nouvelles.

L'évaluation des représentations, via l'enquête « santé mentale dans la population générale » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est certainement un levier pour que les élus se saisissent de leur pouvoir de convocation, pour réunir les acteurs autour de situations sociales complexes, pour lesquelles le recours au partenariat semble inefficace. Mais la temporalité de la formation et celle de mon activité professionnelle ne me laissent pas suffisamment de temps pour la mettre en œuvre pour ce mémoire. D'autant que les deux premières sessions de la formation ont induits de nombreux questionnements. J'ai donc décidé d'orienter mon projet sur l'exploration de la vision de la psychiatrie publique des partenaires et leurs connaissances sur les solutions comme les CLSM, via un questionnaire.

Dans un premier temps, il me semble nécessaire de présenter dans mon travail d'étude, le cadre théorique et conceptuel préalable à la mise en place d'un CLSM, en m'appuyant sur mes connaissances et les apports de la formation et des rencontres, tant des intervenants que des autres étudiants. La connaissance de ces différents éléments est un des leviers sur le positionnement des élus, de par l'intérêt que représente un tel outil pour la santé mentale de la population. C'est également un appui pour conforter les fonctionnements collectifs avec les acteurs sociaux.

Dans un deuxième temps, la présentation du contexte de soins du secteur 44G14 et de la dynamique du territoire, ainsi que le retour d'un questionnaire à destination des élus de la communauté de communes, devraient mettre en évidence quels sont les freins à la mise en place d'un CLSM, avec quelle instance territoriale, cette mise en place est la plus judicieuse et quelles stratégies peuvent accompagner la mise en œuvre de ce dispositif.

Partie 1 : Cadre conceptuel et théorique préalable à la mise en place d'un CLSM

1. De la santé à la santé mentale communautaire

1.1. La santé mentale en chiffres

En France, 1 personne sur 5 a connu ou connaîtra un trouble psychique au cours de sa vie (dépression, anxiété, addiction, trouble alimentaire, trouble schizophrénique, trouble bipolaire...).³

Le dossier de presse 2017 des Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM)⁴, qui participent à la lutte contre la stigmatisation fait un rappel des chiffres de la santé mentale. Les troubles psychiques se situent au 3^{ème} rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Quel que soit l'âge, le sexe ou le milieu social, les troubles psychiques et les épisodes de souffrance psychique concernent tout le monde et sont associés à une forte mortalité.

En 2004⁵, l'enquête réalisée par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) « santé mentale en population générale » réalisée auprès de 36 000 français de plus de 18 ans met en avant comme principales prévalences l'anxiété généralisée (13%), les épisodes dépressifs (11%), le syndrome d'allure psychotique (2,8%), le risque suicidaire élevé (2%). Depuis 1997⁶ cette enquête a été réalisée sur 87 sites dont 72 nationaux et 15 internationaux, et reste toujours réalisable. Cette enquête, si le secteur de psychiatrie de Châteaubriant a les mêmes prévalences, pourrait-être un appui pour sensibiliser les élus.

En juin 2017, l'Institut de recherche et documentation de la santé (IRDES) dans son bulletin « Questions d'économie de la santé » n°228 rapporte que selon l'OMS la dépression est désormais la première cause d'incapacité dans le monde et que selon l'enquête santé européenne (European health interview survey – Enquête santé et protection sociale : EHIS-ESPS) en France la prévalence de la dépression est estimée à 7% soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus, qu'un primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant son épisode dépressif, que 3 patients hospitalisés sur 10 ont consulté un psychiatre et que plus de la moitié a eu une délivrance d'antidépresseurs en amont de

³ Rapport de la Cour des Comptes sur l'organisation des soins psychiatriques, 2010

⁴ http://www.semaine-sante-mentale.fr/uploads/2016/07/DOSSIER-DE-PRESSE-2017_VF.pdf vérifié le 26 juillet 2017

⁵ DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation statistiques) – Etudes et résultats N°347 – Octobre 2004

⁶ <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-en-population-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0-images-et-r%C3%A9alit%C3%A9s-smpg> – consulté le 13 juillet 2017

l'hospitalisation. Ceci met en évidence la nécessité de collaboration entre la psychiatrie publique et les médecins généralistes. Le questionnaire sur les liens entre médecine générale et psychiatrie sur le secteur de Châteaubriant pourrait également apporter un éclairage sur certaines solutions comme les consultations avancées.

En juillet de cette année, l'Assurance Maladie⁷ a rapporté que les dépenses de santé des bénéficiaires du régime général ont augmenté de 10,2 milliards d'euros entre 2012 et 2015 notamment en raison d'un accroissement des hospitalisations ponctuelles et du « poids » des maladies psychiatriques (traitement des maladies psychiatriques ou consommation de psychotropes). Ces dépenses pour la santé mentale ont été versées à plus de 7 millions de personnes et atteint à elles seules 19,3 milliards d'euros (soit +2,3% en moyenne chaque année entre 2012 et 2015).

Ce rapport montre qu'en 2014, les grandes tendances observées les années précédentes sur la part des groupes de pathologies dans les dépenses d'assurance maladie restent les mêmes avec le poids important de la santé mentale : 23 milliards d'euros soit 15% des dépenses.

1.2. La santé mentale composante indissociable de la santé

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'Helsinki, 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, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre ». La santé mentale est donc plus que l'absence ou la présence de troubles psychiques. Pour être en bonne santé mentale, une personne doit avoir une image d'elle-même valorisée, et se sentir suffisamment en confiance pour faire face aux aléas de son environnement physique, psychique, économique et social. C'est un état psychique qui évolue et qui influence les interactions avec notre environnement. Surmonter le stress, entrer en relations et prendre des décisions sont autant de situations impactant ce que nous sommes psychologiquement et physiquement, qui font que notre santé mentale est une partie intégrante de notre état de santé général.

⁷ https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf

Dans le plan d'action 2013-2020, l'OMS souligne qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale » et précise que « C'est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. ». Une bonne santé mentale, c'est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

1.3. De la psychiatrie à la santé mentale

1.3.1. L'impact de l'histoire

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 aliénés ». Après la seconde guerre mondiale, de nombreux psychiatres issus de la Résistance, tels Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Georges Daumézon, s'élèvent dans un mouvement humaniste contre cet enfermement. Ce mouvement de désinstitutionnalisation va modifier positivement l'approche clinique et la prise en considération de la dignité des personnes. La découverte des neuroleptiques contribuera également à faire sortir les malades mentaux. Les établissements psychiatriques passent du statut « d'asile d'aliénés » à celui d'hôpitaux spécialisés pour les maladies mentales.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, définit la politique de secteur et le cadre de la santé mentale, où l'hospitalisation devient une phase de la prise en charge de la maladie mentale : « *L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* ». Dès lors la finalité de la prise en charge et de l'accompagnement, c'est l'insertion de la personne souffrant de troubles psychiques dans son milieu de vie, dans la cité.

1.3.2. Du secteur de psychiatrie au collectif du CLSM

De l'origine du secteur...

La notion de secteur, créé dans les années 60, et reconnu par la loi depuis 1985 avait pour but d'assurer la continuité des prises en charge des patients atteints de troubles psychiatriques en garantissant une pluridisciplinarité des équipes (professionnels sous l'autorité d'un psychiatre chef de secteur). Le secteur était garant d'une proximité et d'une égalité de traitement.

Avec la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) a été introduite la notion de territoire de santé : article L.3221-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : « *à cet effet, les*

établissements autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-1 du CSP » sans que la notion de secteur ne disparaisse...

Les prises en charge en psychiatrie ont évolué majoritairement vers l'ambulatoires⁸, ce qui a entraîné la diminution des lits d'hospitalisation de plus de la moitié entre 1974 et 2010, et le développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet ou à temps partiels

Cependant le secteur n'a pas atteint l'objectif tel que voulu à l'origine, comme rappelé par le Dr El Ghozi, président de l'Association « *Elus, santé publique & territoire* » (ESPT) lors de la journée nationale « *ville & santé mentale* »⁹ en 2013, qui était « *la prise en considération globale et collective des malades, des facteurs déterminants ou aggravants, de la santé mentale de toute la population du territoire dans un prendre soin attentif et solidaire* ».

Le député Denys Robillard dans son rapport de 2013 souligne également les difficultés en amont et en aval des prises en charge, notamment dans la mise en œuvre du secteur parfois à l'encontre du but initial, comme la prise en charge totale du patient plutôt que globale, privilégiant la protection de la personne plutôt que son intégration, le manque d'articulation, voir le cloisonnement entre les structures sanitaires et médico-sociales, l'hétérogénéité des secteurs et des prises en charge, ou les inégalités territoriales.

De la complexité de l'accompagnement par différents acteurs...

Les problématiques des pathologies psychiatriques et du handicap psychique occupent une place particulièrement importante dans notre système de santé. 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 de projet de vie, de nombreux intervenants issus de secteurs différents (sanitaire, médico-social, social, éducation, politiques publiques, associatif, famille ...). Des acteurs qui doivent s'interroger notamment sur des problématiques telles que le logement, l'insertion sociale et professionnelle, pour lesquelles il faut trouver des solutions concrètes et durables, ou telles que les situations de crise et de rupture pour lesquelles il faut trouver des solutions temporaires mais urgentes.

Jouant un rôle fondamental dans ces prises en charge, les structures sanitaires et médico-sociales ont dû faire évoluer leurs missions. Ainsi ces parcours étant découpés entre différentes structures, où chaque professionnel n'accompagne qu'une partie du parcours de vie, la

⁸ 86% de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire- ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) -chiffres clés de la psychiatrie 2015

⁹ <http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2017/01/actes-rencontres-nationales-2013.pdf>

coopération et le partage d'informations deviennent indispensables entre elles, d'autant qu'elles y sont de plus en plus incitées par la législation et par leur organisation.

De la notion de collectif...

« Le Collectif est une machine à traiter l'aliénation », selon Jean Oury, qui cherchait au sein la Clinique de La Borde, les conditions d'humanisation qu'un établissement se doit de proposer afin d'éviter que l'aliénation transforme l'Homme malade en objet de maladie et de programmation thérapeutique. Le collectif, c'est « une machine abstraite qui me semble indispensable pour articuler quelque chose dans toute collectivité »¹⁰, où chacun a une part de responsabilités, y compris l'utilisateur, ce que Jean Oury appelle le champ pragmatique. C'est une organisation pensée collectivement et avec de l'hétérogénéité, où l'ambiance du groupe fait que quelqu'un peut avoir une idée et peut oser la dire aux autres. Il souligne ainsi l'importance de la place de chacun et surtout celle du patient au sein du collectif, pour réfléchir aux problématiques qui le concernent.

Le CLSM

En 2001, le rapport Piel et Roelandt¹¹ propose la création d'un réseau territorial de santé (RTSM) qui réunisse les différents acteurs au sein d'un groupement d'intérêt public (GIP).

En 2002, le rapport Roelandt¹², 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. L'organisation des parcours en santé mentale et en psychiatrie est un défi collectif impliquant les principaux bénéficiaires que sont les usagers, et l'ensemble des acteurs de la prise en charge d'une souffrance « psycho-sociale », dont les responsables politiques que la causalité sociale engage. Cela nécessite que ces acteurs locaux se réunissent pour construire l'organisation du territoire en mobilisant les forces qui le composent, pour se concerter sur les problématiques, et pour coordonner leurs actions.

En 2009 le rapport Couty¹³, recommande la création des Conseils Locaux de Santé Mentale dans le cadre des groupements locaux de coordination pour la santé mentale. Le CLSM et son coordinateur sont un des outils essentiels pour réunir, coordonner et faire se concerter les

¹⁰ Jean Oury (1986), *Le Collectif*, Séminaire de Sainte-Anne, Paris, éditions du Scarabée

¹¹ Rapport Piel et Roelandt, 2001 – « De la psychiatrie vers la santé mentale »

¹² Rapport Roelandt, 2002 – « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, place des usagers et rôle des partenariats »

¹³ Rapport Couty, 2009 – « Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie »

acteurs, comme le souligne, Denys. Robillard dans son rapport de 2013¹⁴ : « *Le CLSM est un lieu qui permet l'articulation entre le sanitaire et le social sur un territoire. En son sein, peuvent être abordées des questions qui participent de la prise en charge de l'utilisateur sans relever du sanitaire, comme le logement, les services d'accompagnement à la vie sociale, l'attribution de droits et prestations sociales, l'insertion professionnelle ou l'accès aux loisirs.* ».

1.4. La place de la santé mentale dans la loi de modernisation de notre système de santé

L'article 69 de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) de 2016¹⁵ apporte une définition de la politique de santé mentale, de la psychiatrie et des missions du secteur.

Elle vise la réorganisation de la psychiatrie et de la santé mentale au niveau territorial afin de réduire les inégalités territoriales et de 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.

Cette politique de santé mentale se veut être 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 et les conseils locaux de santé mentale. Les actions de cette politique peuvent être de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale (incluant les acteurs du logement, de l'hébergement et de l'insertion).

Un contrat territorial de santé mentale (CTSM) est conclu entre les acteurs de terrain et l'ARS 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.

Les établissements hospitaliers publics qui y participent peuvent se regrouper en communautés psychiatriques de territoire.

La psychiatrie publique de secteur participe sans la piloter à la politique de santé mentale. Elle a pour mission d'assurer la continuité et l'accessibilité des soins de proximité.

L'article 72 de la loi de modernisation du système de santé, a pour objet de mieux encadrer l'isolement et la contention en psychiatrie, définis comme des pratiques de dernier

¹⁴ Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie et adopté par celle-ci le 10 décembre 2013. P51 à 54

¹⁵ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

recours, dont la mise en œuvre doit être strictement surveillée. Elle met en place un registre qui détaille la décision et l'application des pratiques. Il doit être accessible à la demande, et un rapport pour avis doit notamment être transmis à la commission des usagers.

2. La santé mentale communautaire

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

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

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

La notion de santé communautaire a été définie par l'OMS à Alma-Ata en 1978 comme suit « la participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, et d'autre part, développent leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de leur communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et à être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les conduit à être des agents de leur propre développement, au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de leur propre développement »¹⁶.

2.1. Le décroisement : du travail dans un réseau, au travail en réseau

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.

Ils se constitue à partir et autour d'une problématique d'un individu, en s'adaptant à ses besoins.

¹⁶ Service documentation EHESP (Ecole des hautes études en santé publique) – Dossier documentaire : La participation de l'utilisateur de santé – mis à jour le 16 janvier 2015 – p3

Les réseaux du patient

On parle de « réseau du patient » pour désigner l'ensemble des relations que le patient va nouer avec d'autres personnes et les liens que ces personnes entretiennent entre elles.

D'un point de vue sociologique on peut distinguer :

- ✓ Les réseaux primaires, constitués d'individus en interaction les uns avec les autres. La relation se constitue sur une base « affective » ;

- ✓ Les réseaux secondaires, constitués par les institutions sanitaires, médico-sociales, sociales créées pour répondre à des besoins de services particuliers.

En psychiatrie, l'intervention a souvent lieu alors que le réseau primaire soit n'existe plus, soit est en train de se disloquer dans un contexte de décompensation.

Le cloisonnement ou travail dans un réseau

L'existence d'un réseau diversifié d'acteurs transforme la nature de la demande de soins qui s'adresse désormais à de multiples intervenants qui contribuent à préserver le réseau naturel du patient.

Chaque acteur peut être amené à travailler dans le réseau de l'utilisateur en fonction de son domaine de compétences. Il n'est alors qu'un intervenant parmi d'autres cloisonné dans son champ de compétences.

Avant de s'adresser au réseau secondaire, la personne en difficulté se tourne d'abord vers la capacité de sa famille, de son entourage, ou de son médecin traitant à le soutenir. La demande auprès du réseau secondaire n'est effectuée que lorsque le réseau primaire est dépassé.

Le décroisonnement ou travail en réseau

Il existe différents lieux de vie privé ou non, différentes institutions ou établissements, différents intervenants des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La psychiatrie publique se doit de collaborer, de coopérer avec ces différents intervenants pour lesquels, elle est elle-même un intervenant parmi d'autres.

Il existe des intervenants avec lesquels nous partageons les mêmes usagers. Il en est d'autres avec lesquels, nous collaborons pour établir des stratégies d'intervention opératoires. Le décroisonnement permet d'amplifier et de structurer le travail en réseau dans une démarche communautaire.

C'est un travail de partenariat dont la coopération et l'entraide entre un nombre optimal d'acteurs permet de remplir une fonction, au bénéfice d'un tiers, que seuls, ils réaliseraient imparfaitement.

Cette interconnaissance des acteurs permet de mieux travailler ensemble dans l'intérêt de la personne. Cela va au-delà de la simple prise en charge pluriprofessionnelle, cela repose avant tout sur un travail en amont de la prise en charge. Une réflexion collective pour anticiper les différentes étapes des parcours de vie et de soins.

Les moyens pour passer du travail dans un réseau à un travail en réseau et pour le maintenir sont multiples :

Initier des temps de rencontres en-dehors des situations d'urgence, comme des réunions de coordination, d'information mutuelles, des formations qui peuvent être communes, des temps d'immersion entre les institutions, des échanges interprofessionnels, pour faire en sorte que les partenaires se connaissent mieux et comprennent les missions et les contraintes de chacun.

Définir des cadres d'intervention et des outils de coordination, afin de mettre en synergie tous les acteurs au lieu de superposer leurs interventions.

Mettre un certain degré de formalisation, gage de pérennité (convention, CLSM)

Identifier des référents chez chacun des acteurs et mettre en place un coordinateur qui pilote l'animation de ce réseau (coordinateur d'un Contrat local de santé (CLS) ou d'un CLSM par exemple)

2.2. Cohésion sociale et santé mentale

Les troubles psychiques sont liés pour la plupart d'entre eux à des pathologies chroniques. Elles requièrent une prise en charge et un accompagnement de la personne sur la durée, voire sur la vie entière. Par conséquent, il faut raisonner en termes de parcours, en partant de la personne et de ses besoins. Il faut organiser les interventions de manière coordonnée entre les acteurs afin d'assurer la continuité et l'adaptation des prises en charge au fil du temps. Il faut sortir de l'approche fractionnée, facteur de discontinuité et de ruptures pour cette population.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, part du constat que les troubles psychiques, cause importante d'incapacité, de rupture dans les parcours de vie, d'isolement et d'exclusion, impactent la cohésion sociale. Son objectif est de faire reconnaître par la société

les individus qui ont des difficultés induites par la pathologie et le handicap, pour qu'elle puisse les prendre en compte, les accompagner, et les inclure comme citoyen, notamment en luttant contre les préjugés et la stigmatisation, afin que ces personnes puissent mieux vivre avec leurs troubles psychiques.

La LMSS définit dans son article 69 une nouvelle territorialisation de la santé mentale qui prévoit la mise en place de PTSM, dont l'objet est « *l'amélioration continue de l'accès des personnes à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* ».

La déclinaison de cet article 69 doit se traduire à travers la publication du décret fixant les priorités du projet territorial de santé mentale¹⁷ mentionné à l'article L.3221-2 du code de la santé publique. Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) a déjà donné un avis favorable sur ce projet de décret¹⁸ tout en faisant des propositions de précisions et/ou de modification. Le décret précise que l'objectif est « *de favoriser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, promouvant la santé mentale et contribuant, pour les personnes présentant des troubles psychiques, à leur rémission clinique et à leur rétablissement personnel : le but poursuivi est l'amélioration continue de l'état de santé psychique et somatique des personnes, la promotion de leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie active, sociale et citoyenne.* ».

La loi de santé promeut une organisation plus partenariale de la santé, un décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social et la prise en compte du projet de la personne. Ces orientations soulignent la nécessité d'associer l'ensemble des acteurs et en particuliers les usagers, leurs proches, mais aussi les collectivités territoriales.

Cette collaboration entre les différents acteurs territoriaux doit refléter celle à plus haute échelle entre la Direction Générale de la Santé (DGS) qui intervient sur la prévention et la promotion de la santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), qui travaille notamment sur l'offre de soins en santé mentale, et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) qui s'occupe entre autres de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

¹⁷ Projet de décret fixant les priorités du projet territorial de santé mentale visé à l'article L. 3221-2-1 du code de santé publique (Décret codifié 17 03 2017)

¹⁸ Avis du CNCPH du 13 mars 2017 : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/05/avis_cncph_13_03_17_ptsm.pdf

3. Les élus acteurs de la promotion de la santé

3.1. L'élus et la santé : du conseil local de sécurité au conseil local de santé

3.1.1. L'élus et la souffrance psychosociale

En 2002, Laurent El Ghozi, maire-adjoint chargé de la santé et de la prévention à la mairie de Nanterre, interpelle la psychiatrie sur la sollicitation des élus face à la souffrance psychosociale dans son article « La demande des politiques aux psychiatres »¹⁹. Il rappelle que les élus et leurs personnels de l'action sociale sont en première ligne, que le maire a le pouvoir de mobiliser les différents acteurs pour tenter de répondre à ces situations, et qu'il est le responsable des politiques publiques qui doivent contribuer au bien-être, et à l'accès aux droits de chaque citoyen.

Il souligne la nécessité du soutien de la psychiatrie publique pour pouvoir comprendre, former, informer et soutenir les acteurs de première ligne qui ne sont pas issus de la santé, afin qu'ils puissent repérer cette souffrance informulée, et qu'ils puissent en faire « quelque chose » avec le sujet souffrant.

Dans les actions mises en place, il évoque le Contrat Local de Sécurité (CLS) qui fait appel essentiellement aux compétences « psy » et parle d'un Contrat Local de Santé (CLS) à inventer. Il présente également la réalisation d'un diagnostic-santé participatif réalisé et mis en œuvre avec les professionnels et les habitants, dans une logique de santé communautaire.

Il en conclut que seul le niveau local permet de construire collectivement les réponses les plus adaptées, que l'élus a un rôle essentiel mais qu'il ne peut rien faire seul, et qu'il doit « bâtir des « alliances préventives » ».

En 2005 avec d'autres élus locaux, le Dr El Ghozi participe à la création de l'association « Élus, santé publique & territoires »²⁰(ESPT) qui est devenue un réseau national d'élus. Elle contribue à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. Cette association « *accompagne les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers Santé Ville, les Conseil Locaux de Santé Mentale, les Contrats Locaux de Santé* ».

¹⁹ « La demande des politiques aux psychiatres » - La santé de l'homme-n°359- Mai-Juin 2002-p32-34

²⁰ Association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, santé publique & territoire » - Histoire et présentation - <http://www.espt.asso.fr/l-association.html>

3.1.2. Le CLS, une mesure de la loi HPST

Dans la loi du 21 juillet 2009, dite HPST²¹, les CLS font l'objet d'une disposition d'ordre générale, et sont définis à l'article L. 1434-17 du CSP. Ils sont une des résultantes possibles des programmes territoriaux de santé et œuvrent à une démarche communautaire avec pour objectifs la réduction des inégalités sociales territoriales de santé et la construction de parcours de santé en cohérence avec la réalité locale du territoire. La loi précise que les ARS pour la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS), peuvent notamment conclure des CLS portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social avec les collectivités territoriales et leurs groupements.²²

Les CLS font également l'objet d'une disposition particulière relative à la politique de la ville : « *L'agence régionale est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1^{er} de la loi n°2003-170 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé* ». ²³

Le référentiel CLS 2016 de l'ARS Île-de-France²⁴ définit cet outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) :

- ✓ « Une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle » associant :
 - Des partenaires signataires (à minima Collectivité territoriale, ARS, Préfecture – et selon les territoires Conseil départemental, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et établissements de santé)
 - Des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé (éducation, logement, habitat...)
 - Des habitants,
- ✓ Une démarche « territoriale » mise en œuvre sur un territoire de proximité (commune, Etablissement Public de coopération intercommunale (EPCI))
- ✓ Une « démarche-projet » structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation
- ✓ Une approche « globale » de la santé: portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé »

²¹ HPST : Hôpital Patient, Santé Territoire

²² Art. L. 1434-17 du CSP

²³ Art. L. 1435-1 du CSP

²⁴ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>

Vérfifié le 3/8/2017

Signés entre les élus locaux et les ARS, les CLS contribuent à la mise en place d'une politique de santé de proximité et intègrent souvent une fiche action CLSM à leur mise en place ou à postériori.

3.2. Les liens entre élus et psychiatrie publique

En 2013, l'ARS Bretagne a mandaté l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (IREPS), pour engager et élaborer une stratégie de sensibilisation des élus à la promotion de la santé²⁵. L'ARS Bretagne dans son PRS rappelle : « *les acteurs régionaux et notamment les collectivités territoriales ont un rôle important, compte tenu de leurs missions auprès de certaines populations concernées par les priorités de santé publique (enfants, publics précaires, personnes âgées par exemple) et leur possibilité d'agir sur de nombreux déterminants de santé ou sur l'environnement des publics (logement par exemple)* ». Afin de permettre l'intégration des questions de santé dans leur politique, on peut développer les compétences des élus locaux en matière de prévention et de promotion de la santé. Cependant l'ARS reconnaît que cette sensibilisation des élus est très difficile à mettre en œuvre.

Pour adapter les stratégies de renforcement de la dimension politique et sociale de la promotion de la santé, il faut savoir comment les concepts de santé et de promotion de la santé sont appréhendés par les élus, et mieux connaître leurs contraintes et leurs préoccupations. Cette étude donne un éclairage important sur ce partenaire incontournable pour la santé publique. Tout d'abord elle montre que le sens donné au terme de « santé » par les élus recouvre très souvent des préoccupations liées à l'accès aux soins et à des thématiques de prévention. La vision qu'ils partagent majoritairement de la santé est curative et normative et relève du domaine du soin : « La santé, c'est le problème de l'hôpital ».

La conception de la santé par les élus, dépend de leur expérience et détermine fortement leur approche de cette notion. En dépit d'une faible appropriation du concept, les élus œuvrent pour la promotion de la santé en agissant sur certains déterminants de la santé. Il faut avoir à l'esprit que les trois-quarts des élus sont actifs professionnellement et donc très occupés, et issus de catégories socioprofessionnelles très variés et donc pas forcément en lien avec la santé.

La sollicitation est très forte, voire permanente, pour un élu municipal, communautaire ou cantonal, avec pour règles l'urgence et le manque de temps pour traiter tous les dossiers. De plus, l'orientation politique des mandats limite parfois la marge d'action des élus.

²⁵ http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/sensibilisation_elus_integrale_web.compressed.pdf
Vérfié le 26 juillet 2017

Le travail de collaboration avec les élus requiert d'utiliser des approches qui les motivent et les fédèrent, en s'appuyant sur des exemples concrets et explicites qui montrent les bénéfices pour la population, de prendre en compte leur difficulté à aborder des sujets considérés « sensibles » sur leurs territoires : consommations d'alcool, violences, suicides....

D'un point de vue stratégique pour impliquer les élus, on peut mettre en avant que le droit d'être en bonne santé prédomine, ce qui souligne les responsabilités collectives et sociales, et rend l'approche de la santé comme n'étant plus strictement sanitaire.

Certains acteurs d'ESPT et du Réseau des villes OMS préconisent cette sensibilisation par les déterminants de la santé, qui rend visible le caractère transversal et intersectoriel de la démarche de santé publique, et met en évidence l'intérêt de la promotion de la santé en termes d'attractivité du territoire : « *mieux vivre dans sa ville* ». Cette démarche souligne que le système de soins n'est pas le principal déterminant de la santé d'une population qui relève principalement d'autres déterminants sur lesquels de nombreuses politiques publiques ont un impact.

4. L'utilisateur membre incontournable du collectif

4.1. Le malade, le patient, l'utilisateur, le citoyen

Il existe différents termes pour désigner la personne soignée, pourtant ils ne sont pas substituables même s'ils renvoient à cette référence du « soigné ». Si les différents dictionnaires généraux ou professionnels peuvent nous donner un éclairage, Guillaume Le Blanc²⁶, professeur de philosophie à l'Université de Bordeaux 3, a tenté, dans son article « *l'expérience de la vie malade* », de préciser ces termes et ce qu'ils recouvraient au niveau du positionnement de l'individu dans sa relation au monde médical et à la société. G. Le Blanc précise que les notions de malade, patient et usager ne se recouvrent pas forcément et qu'elles renvoient à des expériences différentes voire contraire dans le vécu de la maladie.

Le malade

Le Dictionnaire Larousse²⁷ en ligne en donne la définition suivante :

- ✓ Du latin *male habitus* (qui est en mauvais état),
- ✓ Nom : personne dont la santé est altérée,

²⁶ « La philosophie du soin » Ethique, médecine et société, 2010, éditions PUF, Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms, p301 à 317

²⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malade/48806> consulté le 17 juillet 2017

✓ Adjectif : se dit d'un être vivant qui souffre d'une maladie, se dit d'un organe touché, atteint par la maladie,

Le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière²⁸, le définit comme suit :

✓ Malade : c'est une personne qui présente une altération de santé, confirmée ou non par un diagnostic médical.

✓ Et précise en notes : les termes de patient, client, usager sont aussi employés. Depuis 1972, les infirmiers(ères) emploient préférentiellement le terme de personne soignée

G. Le Blanc²⁹ définit la notion d'être malade, comme un vécu intime, où la personne malade ressent une atteinte de son intégrité physique et/ou psychique et dont le corps n'est plus (ou pas capable) de s'adapter « aux règles de vie » auxquelles il était habitué, ou à celles aisément vécues par les bien-portants. L'avis médical n'est pas forcément nécessaire pour savoir que l'on est malade mais sans validation par un diagnostic médical, le malade se retrouve seul avec sa maladie. Cette solitude peut être ressentie comme une mise à l'écart du monde des non-malades. Ainsi tant que le malade est seul avec sa pathologie, tant qu'il n'est pas encore pris en charge par le système de santé qui aura le « pouvoir » sur lui de par le savoir médical, il n'est pas encore un patient. Le statut de malade se définit pour G. Le Blanc d'abord par l'expérience intime et solitaire de son vécu de la maladie.

Sans diagnostic pour rassurer et sans soins, la maladie, intrus qui a fait irruption chez l'individu génère de l'angoisse qui peut l'amener à vouloir « guérir » avec l'aide du monde médical. En posant un regard extérieur la science médicale va poser une étiquette, va médicaliser sa maladie.

Le patient

Pour le Dictionnaire Larousse en ligne³⁰, le terme patient renvoi à plusieurs concepts selon que c'est un nom ou un adjectif :

✓ Nom : c'est une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

²⁸ Masson, 3e édition revue et augmentée (22 août 2005)

²⁹ Guillaume Le Blanc, professeur de philosophie, université Bordeaux 3

³⁰ http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient_patiente/58655 consultée le 19 juillet 2017

✓ Adjectif: qui fait preuve de patience, de tolérance, de calme ; qui supporte l'attente avec calme ; qui persévère avec constance dans son effort mais aussi se dit de ce qui subit l'action de quelque chose.

Le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière³¹, renvoie le terme de patient à celui de personne soignée et le définit comme suit :

Patient : c'est une personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins.

Et précise en notes : 1. Dans la pratique infirmière on trouve, avec des significations voisines, des termes tels que malade, client, usager, bénéficiaire. 2. Cette expression est préférée depuis que, s'est développée à partir de 1970, une approche humaniste des soins infirmiers qui considère les besoins de l'individu malade dans son histoire et son environnement et non pas exclusivement sa maladie.

Pour G. Le Blanc, c'est un vécu socialisé et médicalisé : on devient patient dès lors que l'on est diagnostiqué et soigné, même si on peut considérer que la prise en charge pour un diagnostic participe au soin. L'auto-médication ne donne donc pas le statut de patient et le fait d'arrêter une prise de traitement le fait perdre, même si on continue d'être malade.

Le vécu de patient peut précéder celui de malade, si la pathologie est détectée suite à un examen. Dans ce cas, l'acceptation du patient pour suivre un traitement nécessaire peut être difficile, et amener le patient à une posture de déni face à la gravité d'une maladie et entraîner un refus de traitement.

Le passage du statut de malade à celui de patient se caractérise par l'entrée en relation avec un professionnel de santé. Ensuite il faut souligner le double sens de patient, celui qui renvoie à l'idée de patience, *patientia*, vision normalisée du malade comme « *le patient* » qui est un « *bon malade* », qui prend son mal en patience et qui accepte docilement les recommandations et les prescriptions du corps médical. Cette médicalisation inscrit le patient dans une relation plus ou moins déséquilibrée en faveur du corps médical, où le patient doit accepter, obéir et faire confiance. Le deuxième sens de patient, c'est celui du sens grec *patior* « souffrir, éprouver, endurer », et de sa racine latine *patiens, patientis* qui dérivent de *pati*, « souffrir » qui conditionne l'entrée dans la pathologie du patient par le *pathos*, la souffrance induite par une maladie. S'il n'y a pas d'empathie pour lier le monde du malade et celui du

³¹ Masson, 3e édition revue et augmentée (22 août 2005)

corps médical, les risques de cette relation thérapeutique sont, pour le patient, de ne pas pouvoir traduire, décrire sa souffrance et pour le professionnel de santé de s'enfermer dans un jargon médical qui n'entre pas en écho avec le vécu du patient. Ce lien soignant-soigné peut permettre au patient et au professionnel de santé d'apprendre l'un de l'autre et de parvenir à se comprendre malgré l'opposition de leurs mondes et de leurs langages.

L'usager, le citoyen

Pour le Dictionnaire Larousse en ligne, la définition est la suivante :

Usager : nom masculin, c'est une 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 des soins infirmiers et de la profession infirmière³² - « usager : personne qui utilise un service de santé. C'est un partenaire direct des professionnels de santé et, dans certains cas, des gestionnaires de structures de santé »

La notion d'usager 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'usager 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. Le code de la santé publique reconnaît et encourage les usagers de la santé dans leur place citoyenne, via la commissions des usagers (CDU) où ils veillent à la qualité des soins.

La personne même malade doit pouvoir être sujet de (et dans) la relation de soin et notamment en ayant la possibilité d'exercer un jugement critique des soins. Être acteur de ses soins, c'est exercer sa conscience citoyenne, c'est affirmer une identité politique en plus de celle de patient, c'est être usager des soins.

Parce qu'être usager, c'est avant tout être citoyen, cela permet de modifier les relations soignés-soignants, en rendant les individus plus actifs dans leur parcours de soins, en les rendant plus autonome dans la gestion de leurs soins, en leur permettant de reprendre le pouvoir sur ce qui les concerne.

³² Masson, 3e édition revue et augmentée (22 août 2005)

En devenant usager, la personne soignée peut exprimer sa dimension citoyenne, prendre conscience de son appartenance à une communauté d'individus qui ont les mêmes droits qu'elle et de son influence sur la qualité des soins.

4.2. L'évolution de la place de l'utilisateur en santé mentale dans la législation

En France, la reconnaissance des usagers et leur association aux dispositifs de santé mentale ont fait l'objet de nombreux textes de lois et décrets depuis les années 90. 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 qui permet de recueillir l'avis des citoyens lors de débats publics sur les questions de santé, a été consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 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 2005 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 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST »).

Ainsi en 1996, avec les Ordonnances Juppé³³, 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.

³³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324 et Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6311

La Loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner »³⁴ fixe le régime légal de base du droit des patients, en étendant et généralisant la représentation des usagers dans les instances des établissements de santé, avec notamment la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Cette loi, « traduit la mise en œuvre d'une conception humaniste des droits de la personne dans le système de santé, affirme l'autonomie de la personne et marque l'approfondissement du principe de solidarité en matière de santé »³⁵.

La circulaire n°2006-550 du 28 décembre 2006 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 Compagnon³⁶ 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 Laforcade³⁷, promeut, dans une partie de son rapport³⁸, la citoyenneté des personnes, l'accroissement de la représentation des usagers et le renforcement de la démocratie sanitaire dans les établissements.

4.3. GEM, SISM, SMF, la participation des usagers dans la promotion de la santé

GEM, lieu de pair-aidance, collectif de sensibilisation à la santé mentale

Depuis les années 1960, des « clubs » thérapeutiques se sont montés pour les usagers de la psychiatrie, à l'initiative essentiellement de soignants, via la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine (FASM Croix-Marine). Ils ont été développés par la suite, par les usagers, leurs familles et leurs proches, via la Fédération nationale des usagers en psychiatrie (FNAPSY) et l'UNAFAM, et portés par des associations loi 1901 qui en assurent l'existence

³⁴ 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

³⁵ Traite de sante publique, « les droits des personnes malades » Didier Tabuteau et Dominique Martin

³⁶ Rapport Compagnon, du 14 février 2014 « Pour l'An II de la Démocratie Sanitaire »

³⁷ Michel Laforcade, alors Directeur général de l'ARS Aquitaine, aujourd'hui Directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine

³⁸ Rapport relatif à la santé mentale-octobre 2016 p79-79

légale. Ces dispositifs non médicalisés avaient pour objets la lutte contre l'isolement et les ruptures de liens à la sortie de l'hôpital, et la diminution des (ré)hospitalisations, via l'utilisation des accueils, des ateliers et des sorties qui contribuaient à l'insertion ou la réinsertion sociale. Ces dispositifs ont servi de base à l'introduction des GEM dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les GEM participent à la lutte contre l'isolement, à la prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilités, et peuvent constituer un outil d'insertion dans la cité. Ils ne sont pas dédiés exclusivement aux personnes présentant un handicap psychique, mais sont constitués de personnes ayant des troubles de santé similaires qui les rendent vulnérables et fragiles. Les GEM sont organisés sous forme associative, et leur adhésion n'est pas conditionnée à une orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes Handicapées (CDAPH) en conséquence les adhérents ne sont pas forcément des usagers, mêmes si une majorité des membres sont suivis ou ont été suivis pour des troubles psychiques. Les GEM ne sont pas des structures sanitaires ou médico-sociales, par conséquent ils ne délivrent ni soins ni prestations. Cependant en s'appuyant sur le principe de « pair-aidance », ou soutien par des pairs qui rencontrent des difficultés similaires, ils apportent un soutien, une écoute, un partage d'expériences autour des troubles et des parcours de chacun et permettent de sortir de l'isolement, de reconstruire du lien social aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur et d'aller vers un mieux-être.

Enfin leurs pilotages et leurs financements sont soumis à un cahier des charges géré par les Agences Régionales de Santé (ARS). Celui-ci décline les partenariats principaux, comme avec les acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement, le milieu associatif et les services de proximités (aide sociale, loisirs, sport, culture), les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle, la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Un partenariat doit se faire également avec la commune d'implantation et/ou les collectivités locales pour la dimension économique mais aussi pour travailler le lien avec les élus locaux dont la sensibilisation permet d'œuvrer sur la déstigmatisation du handicap et la promotion de la santé avec par exemple des actions lors des Semaines d'Information en Santé Mentale.

SISM, collectif d'acteurs en santé mentale, temps de pédagogie et de déstigmatisation

Créées en 1990, les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) sont un évènement annuel de deux semaines au mois de mars.

Son comité est un collectif national qui regroupe 23 partenaires, dont entre autres l'Association Française de Psychiatrie (AFP), l'Association des Maires de France (AMF), le

Réseau documentaire en psychiatrie (ASCODOCPSY), le CCOMS, l'association ESPT, l'association Santé Mentale France (SMF), la FNAPSY, l'organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale PSYCOM, l'UNAFAM, l'Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM), etc.

Lors de ces 2 semaines, des manifestations (animations, conférences, etc.) sont organisées dans le but de sensibiliser l'opinion publique et de dé-stigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elles visent 5 objectifs rappelés sur le site des SISM³⁹ :

1.SENSIBILISER le public aux questions de Santé mentale.

2.INFORMER, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.

3.RASSEMBLER par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.

4.AIDER au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.

5.FAIRE CONNAÎTRE les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

La déstigmatisation et la lutte contre la discrimination étant une des composantes du CCOMS, celui-ci a assuré la coordination du comité, jusqu'en 2014, où il a souhaité passer la main pour se concentrer sur l'Empowerment des usagers. Depuis, il continue d'être membre du collectif et le Psycom, mieux organisé dans la communication, assure le secrétariat général et la coordination du collectif.

Ainsi chaque année, le Psycom participe à la communication des manifestations d'information, de réflexion, de promotion de la santé mentale à destination du grand public, organisées dans toute la France, dans le cadre des SISM, par les associations, les usagers, les citoyens, les familles, les professionnels de santé, de l'éducation, du social, et les élus locaux, et fait le relais vers le site des SISM⁴⁰ ..

SMF, lieu d'échanges et de liberté de parole, collectif force de proposition pour les soins, la réadaptation, la réhabilitation, la réinsertion.

L'association Santé Mentale France (SMF), issue de la fusion entre la fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (AGAPSY) et la fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine (FASM Croix-

³⁹ Site des SISM : <http://www.semaine-sante-mentale.fr/sism-2/les-sism-quest-ce-que-cest/>

⁴⁰ Site des SISM : <http://www.semaine-sante-mentale.fr/>

Marine), défend l'égalité des droits, comme l'accès à la citoyenneté, aux soins et à un accompagnement de proximité. Etant un des représentants de mon établissement et un des secrétaires à la coordination régionale de Loire-Atlantique, je constate l'importance de ces temps d'échanges où les usagers participent activement au choix des débats et font des propositions souvent pertinentes et auxquelles les soignants n'ont pas pensé. L'environnement de ces rencontres, où deux tiers des présents sont des usagers, favorise un climat de confiance, où la liberté de parole participe à leur prise de pouvoir sur les questions qui les concernent. Les rencontres nationales rendent compte des préoccupations des usagers et de leurs partenaires, ainsi la question du lien et de la cohésion sociale ont été abordées dans la thématique de 2016 « Cohésion sociale et santé mentale – Les (petites) fabriques du lien ». Ces rencontres permettent aux usagers de prendre une place active de co-construction, et de co-animation des présentations et des débats.

4.4. Inclusion sociale, Empowerment et Recovery

L'inclusion sociale, la fabrique de liens

L'exclusion sociale est une conséquence directe de la maladie et un facteur de mauvaise santé. Favoriser l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un handicap psychique, c'est fabriquer du lien pour favoriser la cohésion sociale. C'est lutter contre l'exclusion et la division de notre société, par le développement de liens entre les individus de la communauté, et d'un environnement qui ne rejette pas mais intègre les personnes dont celles en situation de handicap psychique.

Le Plan Santé Mentale 2013-2020 de l'OMS, définit dans ses orientations les conditions nécessaires pour donner aux usagers qui souffrent d'une problématique de santé mentale, leur pleine citoyenneté.

Orientation 2 : « Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire »

Orientation 4 : « Que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient des citoyens dont les droits humains sont intégralement pris en compte, protégés et promus »

L'empowerment, le « pouvoir d'agir »

Aujourd'hui, les usagers ne sont plus entièrement dépendants du savoir et des décisions des professionnels de santé ; ils sont de plus en plus impliqués dans leurs soins, leur guérison et leur rétablissement, dans tous les domaines de la santé dont celui de la santé mentale.

En devenant usagers, les citoyens vivant avec un handicap psychique, refusent le statut de patients passifs, et revendiquent la légitimité de leur savoir et la reconnaissance de leur expertise expérientielle, issue de la rencontre effective avec le trouble psychique.

En 2011, Nicolas Daumerie, Psychologue, chargé de mission au Centre collaborateur de l’OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, rassemble les éléments constitutifs d’une définition de l’empowerment⁴¹.

L’article 4 de la Déclaration d’Alma-Ata⁴² sur les soins de santé primaire⁴³ stipule que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. ».

L’empowerment des usagers et des aidants est une priorité définie dans le plan d’action d’Helsinki de 2005 pour la santé mentale en Europe et un point central du pacte européen pour la santé.

Le cadre du programme de partenariat de la Commission européenne et de l’OMS sur l’empowerment en santé mentale, initié en 2009, a permis de trouver un consensus sur une définition de l’empowerment,

: « L’empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d’influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l’empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » (4).

Même si la traduction française la plus utilisée de l’empowerment est celle du « pouvoir d’agir », elle ne rend pas compte du sens exact de cette notion, qui est parfois traduite comme étant « la capacité d’agir », « l’autonomisation », où « l’émancipation ».

L’empowerment est une démarche volontaire et un processus de transformation à travers une succession d’étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s’approprie le pouvoir et la capacité d’exercer celui-ci de façon autonome.

Le conseil local de santé mentale est un des outils pouvant participer à l’empowerment individuel ou accroissement de la capacité d’agir de la personne concernée par un trouble psychique ou un problème de santé mentale. En permettant à l’usager de participer aux

⁴¹ L’empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques – La santé de l’homme – n° 413-mai-juin 2011 p8-10

⁴² Organisation mondiale de la santé. Déclaration d’Alma-Ata. Rapport sur la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Genève : OMS, 1978.

⁴³ 3. Les soins de santé primaire, tels que définis par l’OMS en 1978 dans la déclaration d’Alma-Ata, désignent les soins de santé essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) accessibles à tous par le biais d’une participation active de la communauté, ainsi que l’accès à une offre de services de santé de qualité.

plateformes de concertation et de coordination, espace non hiérarchisé de codécision, de prise de parole où l'on reconnaît son savoir expérientiel, son rôle d'acteur et de partenaire à part entière, le CLSM favorise le développement de son autonomie. Il peut contribuer également à l'empowerment collectif en permettant aux usagers en tant que groupe constitué de défendre ses intérêts au sein de ce collectif et de contribuer à la promotion de la santé des personnes utilisatrices des services en santé mentale, à la santé mentale communautaire.

Le rétablissement (Recovery), l'atteinte d'un nouvel équilibre

L'empowerment est indissociable de la notion de rétablissement (Recovery en anglais) pour les personnes qui ont des troubles de santé mentale. C'est l'aboutissement d'un changement pour l'individu, la reconnaissance qu'il peut vivre normalement avec sa maladie et qu'il a des capacités à gérer leur vie. C'est l'atteinte d'un nouvel équilibre ou à défaut de guérir complètement de sa maladie, l'individu peut se rétablir. On peut vivre avec un handicap lié aux troubles psychiques, et en surmonter les effets catastrophiques pour donner un nouveau sens à sa vie, notamment dans la communauté. La personne n'est plus perçue en premier lieu par sa maladie mais par ses capacités à se rétablir, elle est reconnue par ses compétences et sa participation à la vie collective.

Partie 2 : Pertinence d'un CLSM sur le secteur 44G14

1. Le secteur 44G14 et la communauté de communes Derval-Châteaubriant : état des lieux

Dans la version actualisée du 10 mars 2014 du projet régional de santé (PRS) des pays de la Loire, la problématique du suicide est mise en avant : « La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26% à la moyenne nationale chez les hommes et de 13% chez les femmes [...] ». Pour la Loire-Atlantique, elle souligne que la mortalité est inférieure de 11% à la moyenne régionale du fait de la forte sous-mortalité par suicide de la métropole Nantaise mais qu'à contrario le Territoire de Châteaubriant-Derval-Nozay se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+37%).

L'Atlas de Loire-Atlantique⁴⁴, souligne que le territoire de Derval-Châteaubriant, c'est 817 allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), avec une augmentation de 3,4% entre 2014 et 2015 de la part sur le département mais aussi une augmentation 36,8 % des bénéficiaires de l'accueil familial sur le même temps. Il montre également que la part des ménages bénéficiant du revenu de Solidarité Active (RSA) sur ce territoire est de 59,8% en 2015. Ces indicateurs montrent la dégradation de l'environnement de la population et l'impact sur la santé psychosociale.

Le schéma départemental de coopération intercommunale 2016-2022, qui traduit les orientations fixées par la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (Loi NOTRe) de 2015, en fixant le seuil démographique minimum des EPCI à fiscalité propre à 15 000 habitants a induit la fusion des communautés de communes de Derval et de Châteaubriant au 1^{er} janvier 2017⁴⁵. La réduction du nombre d'intercommunalité sur le département fait que ce nouveau territoire qui ne possède pas encore de CLS, se retrouve entouré des EPCI qui possèdent un CLS et/ou un CLSM, ou qui sont en réflexion sur leur mise en œuvre⁴⁶.

En 2017, l'ARS Pays de la Loire incite le développement des collaborations entre le sanitaire et les collectivités territoriales :

- ✓ Rappel sur la Loi de modernisation du système de santé.
- ✓ Rappel de l'attention portée au développement des coopérations de santé sur le territoire, avec la possibilité de mettre en place un contrat local de santé avec les élus pour porter

⁴⁴ <https://atlas.loire-atlantique.fr/#s=2014;v=map13;i=pops.pop;l=fr>

⁴⁵ ANNEXE 3 : cartes des EPCI en Loire Atlantique avant et après la fusion du 1^{er} janvier 2017

⁴⁶ Carte des CLS signés en Pays-De-La-Loire au 01/08/2017 : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-08/Carte_CLS_20170801.pdf

les objectifs de la qualité de la prise en charge des patients et de l'amélioration des parcours de soins. Elle affirme sa volonté d'associer à ces réflexions, professionnels de santé et usagers, lors de la réunion de la CRSA castelbriantaise, le 24 novembre 2016.

✓ Intervention de Me Marie-Hélène Neyrolles⁴⁷ le 15 février 2017 : « Plans régionaux et contrat locaux de santé : enjeux, perspectives, rôle des collectivités locales »

✓ Présentation des CLS en pays de la Loire au 27 mars 2017 – Le Contrat Local de Santé⁴⁸ sur le site de l'ARS.

D'avril 2015 à novembre 2016, la CRSA a réuni des acteurs de la santé du territoire du Pays de Châteaubriant (professionnels sanitaires, médico-sociaux, élus locaux, militants associatifs, usagers, de représentants de l'ARS), autour de l'amélioration des parcours de santé., notamment des personnes les plus vulnérables. Ces temps d'échanges ont notamment permis la rencontre des différents acteurs du soin, le partage des initiatives mises en place sur le territoire.

2. La ville de Châteaubriant et la psychiatrie publique : des partenariats au service des citoyens souffrant d'handicap psychique

2.1. La souffrance psychique

Elle est coexistante de la nature humaine. Du traumatisme supposé de la naissance, aux pertes, deuils, séparations, échecs, renoncements. Elle est liée à l'existence, n'est pas pathologique et demande à être écoutée.

L'accompagnement thérapeutique consiste à étayer par une présence empathique aidante dans le quotidien, la démarche d'un individu en difficultés relationnelles avec l'environnement social quel qu'il soit : administration, justice, médical, commercial, familial, etc.

2.2. La notion de handicap psychique

Notion évidente pour les infirmiers en psychiatrie qui prennent en charge dans l'ordinaire de leur quotidien les patients. Le handicap psychique se définit plus particulièrement par l'atteinte d'une pathologie mentale avérée, c'est-à-dire diagnostiquée et confirmée, dont les antécédents et le pronostic laissent à penser qu'il s'agira d'une maladie à longue évolution. Ces pathologies chroniques, même lorsqu'elles sont stabilisées, génèrent des conséquences de l'ordre de l'incapacité et du désavantage que l'on peut définir comme handicap psychique.

⁴⁷ Marie Hélène Neyrolles, déléguée territoriale de l'ARS Pays- de la Loire pour la Loire-Atlantique

⁴⁸ <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-contrat-local-de-sante-cls>

Ce handicap n'est pas la conséquence d'une déficience innée, ce qui correspondrait à un autre type de handicap, très différent : le Handicap Intellectuel. Ces deux catégories ont longtemps été confondues sous le terme de Handicap Mental.

Le Handicap Psychique est la conséquence de maladies chroniques de types psychoses schizophréniques ou maniaco-dépressives, survenues au cours de l'existence, souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Cette notion de handicap psychique est retenue dans la loi du 11 février 2005 dite loi sur le handicap⁴⁹.

2.3. Des initiatives locales en faveur de la santé Mentale

Une équipe de psychiatrie de secteur qui travaille en réseau

La psychiatrie de secteur a mis en place un dispositif diversifié de structures de soins, où elle offre de multiples interlocuteurs (médecins, infirmiers, assistante sociale, psychologue, secrétaire), divers lieux et cadres thérapeutiques (psychiatrie de liaison, accueil sur le CMP, référents soignants fixes, Activité Thérapeutique à Temps Partiel (ATTP), psychothérapie, Hôpital de Jour (HDJ), etc.) qui permettent au patient de vivre socialement et qui participent à l'alternative à l'hospitalisation.

Ainsi, les structures extrahospitalières de la psychiatrie publique, correspondent à une part du réseau secondaire de l'utilisateur. Elles organisent la réponse aux besoins psychiatriques et psychologiques des usagers en s'appuyant sur la relation interpersonnelle.

Une autre mission concerne le travail en lien avec les établissements sanitaires et sociaux accueillant des usagers pour des raisons sanitaires ou sociales. C'est la mission dite de psychiatrie de type "liaison" au sens du texte de 1986 : "*[Les] centres médico-psychologiques peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique*". Dans le cadre de cette mission, les agents du secteur sont amenés à rencontrer les usagers et/ou les personnels de ces structures.

L'équipe de secteur met en place des relations de collaboration avec d'autres intervenants : aidants, soignants, médecins généralistes, psychiatres libéraux, structures médico-sociales, sociales, de l'éducation nationale, de la justice, de l'Etat, telles que l'Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT), le foyer occupationnel, les services

⁴⁹ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

publics, les assistantes sociales de secteur, le Réseau Ados, les organismes tutélares, les forces de l'ordre, les élus, etc.

Le fait que les acteurs du réseau se connaissent, facilite les relations, favorise les complémentarités et améliore la prise en charge globale du patient et son maintien dans son environnement.

La coopération et l'articulation avec les champs du sanitaire, du médico-social, du social, de l'associatif, des politiques publiques, et de l'Education Nationale témoignent du dynamisme de l'équipe de secteur. (Hôpital Général, maison de retraite, libéraux, Réseau ados, réunion avec les assistantes sociales de secteur, participation aux projets de santé publique en collaboration avec le CCAS, les élus des communes et de la communauté de communes, le conservatoire, le GEM, actions de prévention et de promotion de la santé mentale autour de la problématique suicidaire, participation aux SISM au sein du collectif Entente SISM Atlantique Ouest (ESAO), journées de coordination FASM Croix-Marine, etc.).

La création du GEM de Châteaubriant

Le projet de créer un G.E.M. s'est inscrit dans une dynamique initiée depuis plusieurs années sur Châteaubriant.

En 2006, un groupe de travail se constitue à l'initiative de l'UNAFAM afin de porter un projet de création de GEM, partant du constat que sur le territoire, un certain nombre de personnes, se trouvent en situation d'isolement, d'inactivité, avec des difficultés à maintenir ou créer des liens sociaux.

En 2011, Le CHS de Blain, dont ce territoire dépend et le CCAS de Châteaubriant estiment qu'un nombre croissant de personnes en situation de fragilité pourraient bénéficier de la création d'un GEM. Il est constaté que l'isolement et les difficultés des personnes à intégrer seules un réseau culturel et social, les empêchent de bénéficier du soutien de la cité et d'aides appropriées. Un comité visant à structurer et amplifier une dynamique naissante autour de ce projet est créé

En 2012, 23 rencontres organisées entre les usagers et les divers partenaires permettent d'élaborer le projet de création d'un GEM et une demande de subvention est adressée sans succès à l'ARS. Pourtant le territoire présente des caractéristiques singulières au sein du département :

- Un fort dynamisme démographique.

- Un secteur rural (Le PTS de Loire-Atlantique souligne l'enjeu majeur de la proximité en matière de prise en charge des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique, « en développant l'aide aux aidants et en complétant le maillage des GEM, avec une attention particulière au milieu rural où se posent des questions d'isolement. »).

- Des indicateurs de santé défavorables

Afin que le projet se concrétise, 15 partenaires, issus du sanitaire, du médico-social, d'associations et d'élus, se mobilisent autour d'un groupe d'usagers, en vue de créer dans les plus brefs délais une association ayant la perspective d'être reconnue en tant que GEM. Un comité de pilotage est mis en place en 2014. Les usagers et les partenaires se réunissent dans une salle prêtée par le CCAS de Châteaubriant pour développer le projet.

Suite à un nouvel appel à projet de l'ARS fin juin 2014, le nouveau projet est déposé avec pour parrain l'association UNAFAM, et pour gestionnaire l'association Les Eaux Vives, et le soutien des 15 partenaires. Le projet est validé et l'association GEM L'étoile Filante est créée lors de l'assemblée générale constitutive du 6 février 2015. Le CHS de Blain et la mairie de Châteaubriant restent les partenaires de proximité qui représentent les partenaires lors des conseils d'administration.

Le pacte territorial de prévention du risque suicidaire

Depuis 2009, le CCAS de Châteaubriant, a été mandaté par les élus pour faire face à la problématique prégnante du suicide sur le territoire. Cette volonté politique forte a permis le rapprochement et une collaboration importante avec le secteur 44G14 du CHS de Blain. Depuis 2010 de nombreuses actions ont été mises en œuvre à destination de la population générale, des associations ou des professionnels du social, du médico-social, de l'éducation nationale, des forces de l'ordre : journées de sensibilisation du public dans la cité, soirées débat, action lors des journées nationales et internationales de prévention du suicide, formation des professionnels au repérage et à la gestion de la crise suicidaire, colloque inter-régional Bretagne/Pays de la Loire avec la participation du Pr Jean-Louis Terra à destination des professionnels, puis à destination du grand public, actions communes lors des SISM.

Cette collaboration, au long court, a également favorisé une relation de confiance et facilité la mise en place de rencontres pour définir les rôles de chacun dans un co-accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques sur la commune de Châteaubriant. Les sollicitations des partenaires sont plus adaptées et les prises en charge sont plus efficaces, chacun connaissant les limites et les compétences de l'autre.

3. Un CLSM avec Châteaubriant ou avec la communauté de communes ?

Malgré une collaboration avec la commune de Châteaubriant pour accompagner des prises en charges complexes, travailler sur des actions de promotion et de prévention en santé mentale, malgré la reconnaissance de cette collaboration par l'ARS et son incitation à passer à un contrat local de santé, les différentes propositions pour réfléchir à la mise en place d'un CLSM n'ont pas aboutie, sans que je puisse avoir une raison clairement nommée.

En 2014, le rapport Devictor⁵⁰ intègre la nécessité d'une zone de proximité évidente dans la territorialisation de la santé, plus petite que celle prévue dans la loi HPST, pour qu'elle ne soit pas un territoire fictif mais qu'elle permette d'en connaître tous les acteurs.

Dans l'état des lieux de 2015 des CLSM en France⁵¹, Pauline Guézennec et Jean-Luc Roelandt, rappellent que l'échelle du territoire de proximité d'un CLSM doit être la plus pertinente possible : La commune de Châteaubriant étant de petite taille, et le sous-secteur nord de psychiatrie du 44G14 couvrant la quasi-totalité des villes de la communauté de communes Derval-Châteaubriant (une commune se trouve sur un autre pôle du CHS de Blain), l'échelle de l'intercommunalité semble la plus pertinente⁵². De plus, le choix de faire un questionnaire plutôt à destination de chaque commune qu'à la communauté de communes tient aussi au fait que je voulais avoir la vision locale de chaque commune et non un retour concerté de la communauté de communes, ou de son élue aux affaires sanitaires et sociales. Le retour de l'enquête pouvant ensuite permettre de faire le point sur les connaissances de chaque commune, sur leur rôle dans la promotion et la prévention de la santé mentale, de comprendre leur organisation face aux situations qui induisent une souffrance psychosociale et qui peuvent nécessiter une collaboration avec la psychiatrie de ville.

Enfin je souhaitais découvrir les motivations et les attentes des élus, à développer ou non leurs connaissances sur les CLS et les CLSM.

4. Un questionnaire à destination des élus du territoire

La construction d'un CLSM nécessite de faire un diagnostic partagé préalable⁵³, qui doit permettre de délimiter un territoire de proximité pertinent, mais surtout d'évaluer les connaissances, les ressources et les besoins des futurs partenaires et de définir les publics ou

⁵⁰ « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé », rapport Devictor, mars 2014

⁵¹ « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 » - Pauline Guézennec, Jean-Luc Roelandt – L'info psychiatrique vol. 9, n°7 – août-septembre 2015 – p551

⁵² ANNEXE 4 : Carte de la Loire-Atlantique avec les communes partagées entre le CHS de Blain et la Communauté de communes Derval-Châteaubriant

⁵³ <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf>
vérifié le 26 juillet 2017

thématiques prioritaires. J'ai donc cherché dans la littérature des exemples de questionnaires utilisés dans le cadre de diagnostic partagé et à destination de partenaires non spécialisés. Je me suis appuyé sur les documents utilisés pour la construction du CLS de la ville d'Angers⁵⁴ pour construire mon questionnaire⁵⁵. Je les ai modifiés et adaptés pour tenir compte des attentes de cette recherche auprès des élus du territoire Derval-Châteaubriant.

Au niveau méthodologique j'ai choisi d'utiliser l'envoi du questionnaire par courrier électronique, accompagné d'un courrier d'explication⁵⁶ à partir de ma boîte professionnelle. D'abord pour le côté gain de temps mais aussi car en utilisant mon adresse professionnelle, cela permettait de confirmer l'intérêt du secteur de psychiatrie et du Centre Hospitalier de Blain pour cette étude. De plus mon adresse professionnelle authentifie que je travaille au CHS de Blain et la carte de visite permet d'avoir l'ensemble des coordonnées pour me joindre et me répondre, au choix, par mail ou par courrier postal. A chaque mairie, qu'elle ait répondu ou non, j'ai signifié que j'enverrai le compte-rendu de cette enquête, d'une part pour remercier l'intérêt de ceux qui ont répondu et d'autre part pour essayer de faire réagir l'ensemble des élus des 26 communes sur les réponses et les attentes de ceux qui ont participé.

Afin de permettre aux élus de pouvoir trouver le temps de répondre et de rester dans un délai adapté, j'ai mis une échéance à 1 mois. Passé ce délai, pour un meilleur retour des questionnaires, j'ai rappelé l'ensemble des mairies qui n'avaient pas répondu à la date limite d'envoi, pour savoir qu'elles étaient les motivations de ce non-retour mais également pour communiquer à nouveau sur la démarche. La plupart des secrétaires de mairie contactés, m'ont assuré relancer les élus pour donner une réponse, avec une date limite rallongée de 2 semaines. Cette communication a participé au retour de quelques questionnaires supplémentaires.

Une fois les questionnaires récupérés, j'ai compilé les résultats via des tableaux Excel©, plus exploitables.

4.1. Quel bilan ?

Sur les 26 communes 16 ont répondu à ma demande, dont 2 qui ont répondu qu'elles ne souhaitent pas remplir le questionnaire car elles ne se sentaient pas concernées par les situations exposées. Les 14 autres communes ont rempli entièrement ou partiellement le questionnaire⁵⁷.

⁵⁴ http://www.angersloiremetropole.fr/fileadmin/plugin/tx_dcddownloads/annexes_du_rapport_cls_dpsm_angers.pdf vérifié le 26 juillet 2017

⁵⁵ ANNEXE 5 : Questionnaire à destination des élus de la communauté de communes de Derval-Châteaubriant

⁵⁶ ANNEXE 6 : Courrier d'explication joint au questionnaire adressé aux élus.

⁵⁷ ANNEXE 7 : Carte des réponses au questionnaire

Afin de trouver un éclairage sur la motivation à répondre, j'ai comparé les réponses avec la File Active (FA) que nous avons sur chaque commune. Il ne semble pas y avoir de lien entre les communes ayant répondues et le taux de FA suivi : certaines communes pour lesquelles nous avons une FA importante ont répondu, d'autres non et idem pour celles qui ont une petite FA. Cependant, je pense à une hypothèse pour expliquer la FA importante sur certaines communes qui n'ont pas répondu au questionnaire. Le secteur psychiatrique accompagnant déjà les individus en souffrance psychique, les élus ne sont pas sollicités et ne se sentent pas concernés par ce questionnaire. Pour les petites communes qui n'ont pas répondu au questionnaire, les moyens humains et les effectifs peuvent expliquer le manque de disponibilité, certaines communes ayant juste une secrétaire à temps partiel et un maire engagé professionnellement à 100% en plus de son activité d' élu.

La majorité des questionnaires ont été remplies par les maires (9 sur 14), les autres, soit par les maires avec leurs adjoints, soit par un adjoint, ou par un secrétaire de mairie. Ceci peut s'expliquer par la taille des communes et le peu d'effectifs dont elles disposent mais aussi peut être, par une volonté de répondre en tant que premier élu.

Parmi les 10 situations psycho-sociales proposées, celles les plus rencontrées concernent les problématiques d'addiction (alcool notamment), les troubles du comportement et les conduites à risques. La maladie psychique n'étant que sixième des situations que les élus sont amenés à rencontrer. La fréquence étant elle aussi majoritairement situé entre 1 à 3 fois par an pour les situations mises en avant, sauf pour les addictions qui peuvent avoir une fréquence mensuelle. Les situations d'agressivité et de violence étant les moins fréquentes 5 à 15 par an pour l'ensemble des communes.

Dans les six commentaires fait, face à ces situations, on peut souligner que certains disent n'avoir aucune de ces situations en 2016, que certains maires se sentent très en difficulté, car sollicités au dernier moment notamment dans les troubles d'ordre public ou la menace aux personnes. Enfin un élu constate que ce sont souvent les mêmes personnes qui cumulent ces situations de souffrance psychique.

Par rapport à ces situations 11 élus sur les 14 qui ont répondu, ont caractérisés leurs difficultés. Le manque d'adhésion des personnes étant celle qui a été retenue à l'unanimité, l'absence ou l'insuffisance de protocole exposant la conduite à tenir est également mis en avant par quasi tous les élus, ainsi que l'insuffisance des moyens en interne, le fait d'être seul et l'insuffisance des réponses externes. Le sentiment d'insécurité n'est pas majoritaire, et le besoin de formation et la méconnaissance des réponses externes existantes sont une des caractéristiques que pour la moitié des répondants.

En termes de ressources internes sur les 10 réponses, la plupart évoque l'absence ou les moyens très limités avec un recours aux CCAS et au Centre Médico-social (CMS). Quant aux manques, les réponses évoquent le manque de professionnels formés et le manque de temps.

Pour les ressources externes, les 11 participants ont repéré pour 5 d'entre eux le CHS ou le CMP (5/11), les assistantes sociales, CCAS et CMS (4/11), les médecins généralistes (3/11), la gendarmerie (3/11), les Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) (2/11), les associations pour l'insertion par le logement (2/11), les associations d'usagers (1) et la famille (1).

Pour les manques externes identifiés, on a le manque de collaboration entre les différents acteurs, l'absence de certains professionnels qualifiés (médecins).

Comme présenté dans l'enquête exploratoire réalisée en Bretagne par l'IREPS, les élus ont montré dans leurs réponses ou non-retour, leurs méconnaissances de ce qu'était un CLS et un CLSM mais un souhait d'avoir des informations sur ces dispositifs, le manque d'information et un dispositif à interpellé en cas d'urgence.

9 élus sont favorables à des rencontres concernant l'organisation locale des soins en santé mentale et 7 sont favorables à la mise en place de consultations avancées de psychiatrie.

Pour la forme des consultations avancées, 7 d'entre eux ont fait des propositions, toutes différentes. Ils proposent de le faire au domicile des personnes avec les travailleurs sociaux et l' élu, dans les structures médico-sociales ou à l'hôpital, que la proximité entre la commune et le CMP peut ne pas justifier de consultations avancées, et qu'elles puissent se faire à la demande. Certains ont souhaité compléter en ajoutant que le maire du fait du peu de situations rencontrées avait d'autres préoccupations que les consultations avancées mais aussi qu'un rappel auprès des élus pourrait être utile.

Enfin, concernant les CLS et les CLSM, 11 élus sur 14 ne connaissent ni l'un ni l'autre. Que les 5 élus qui ont répondu à la question du niveau de mise en place pour un CLS le voient au niveau communauté de communes et idem pour les 4 élus qui ont répondu à la même question pour le CLSM. Pour conclure ce questionnaire, respectivement 9 et 8 élus souhaitent des informations sur les CLS et les CLSM.

4.2. Quelles difficultés ?

Afin d'avoir un meilleur retour des questionnaires, j'ai relancé l'ensemble des mairies qui n'avaient pas répondu à la date limite de retour pour connaître leurs motivations mais également pour communiquer à nouveau sur la démarche. La plupart des secrétaires de mairie contactés, m'ont assuré relancer les élus pour donner une réponse avec une date limite rallongée

à 2 semaines. Cette communication a contribué au retour de quelques questionnaires supplémentaires.

Certains élus lors de la relance téléphonique ont expliqué leur non-retour par le fait qu'ils n'étaient pas concernés par les problématiques de santé mentale, ou par des difficultés pour répondre au questionnaire : « trop compliqué », « trop fastidieux ».

Le choix de la période pour le questionnaire n'était certainement pas le plus opportun : en été, après une période d'élections et d'incertitudes sur les financements des collectivités territoriales.

4.3. Quelles stratégies pour la mise en place d'un CLSM ?

La création du centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale, présenté le 19 janvier 2017, lors des rencontres nationales des CLSM à Talence, pourrait à travers son champ d'action local présenter la démarche des CLSM aux élus locaux, voir former des élus⁵⁸ et d'autres acteurs, et apporter des outils pour faciliter la démarche.

La diffusion auprès des élus des « recommandations pour l'élaboration d'un conseil local de santé mentale »⁵⁹ élaborée par le CCOMS et avec la participation de l'association Elus Santé Publique et Territoires. (ESPT), pourrait apporter aux élus l'éclairage souhaité sur les CLSM dans leur retour de questionnaire.

Le territoire de Redon, a mis en œuvre un CLS et un CLSM. J'ai rencontré la coordinatrice et le président de cette intercommunalité. Ce dernier convaincu de l'intérêt des CLS et des CLSM est favorable à la sollicitation de son élue aux affaires sanitaires et sociales pour qu'elle rencontre son homologue sur le territoire de Derval-Châteaubriant. Cet échange entre pair, ayant un langage commun, pourrait favoriser la compréhension de ce dispositif et participer à la réflexion pour la mise en place sur le territoire d'un CLS et d'un CLSM, du fait du lien fait entre les problématiques de santé et le rôle d'acteur incontournable de la qualité de vie et de la promotion de la santé des populations.

Les réunions de la CRSA, lieu de rencontre entre des acteurs de la santé, des usagers et quelques élus pourraient faire remonter l'intérêt d'une implication politique plus forte au niveau de la santé. Ces temps d'échanges ayant permis le rassemblement des acteurs de la santé du territoire et la définition d'objectifs pour le secteur de la communauté de communes Derval-

⁵⁸ <http://clsm-ccoms.org/nos-actions/sensibilisation-a-la-demarche-clsm-aupres-des-elus-locaux/> consulté le 17 juillet 2017

⁵⁹ <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf> consulté le 26 juillet 2017

Châteaubriant, et durant lesquelles l'ARS a souligné l'importance du développement des CLS pour optimiser les parcours de santé et la place des élus.

L'enquête santé mentale dans la population générale pourrait amener un éclairage aux élus sur l'impact de la santé mentale de leurs administrés et sur les leviers qu'ils ont sur les déterminants de santé.

L'appui de la politique nationale de santé telle que présentée par Le premier Ministre et la ministre des solidarités et de la santé, pourrait permettre de solliciter des moyens auprès de l'ARS pour la formation et l'information des élus :

Le 15 juin 2017, Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, dans sa « note » au premier ministre, présente sa « feuille de route ». Elle souligne que les politiques sociales doivent être adaptées à la réalité des territoires, dans un souci d'efficacité ». Pour atteindre cet objectif, elle précise « toujours partir des besoins individuels et territoriaux des personnes auxquelles s'adresse la politique menée, construire des solutions avec elles et avec toutes les parties prenantes [...] » et estime que « les agences régionales de santé, les organismes de sécurité sociale, le réseau territorial de la cohésion sociale ont un rôle particulier dans la mise en œuvre de ces priorités ». Elle souhaite aussi favoriser les collaborations et le décloisonnement des institutions, en s'appuyant « sur l'ensemble des professionnels de la santé et de l'accompagnement médico-social et social », en recherchant « un dialogue constant et constructif avec l'ensemble des acteurs du système de santé, avec les partenaires sociaux, avec les associations [...] et avec les collectivités territoriales » et en soutenant « les initiatives prises par ces acteurs, aux côtés de l'Etat, afin de dépasser les cloisonnements institutionnels ». Dans le cadre de la politique de « cohésion sociale », elle promeut notamment « lutte contre la pauvreté, accès à la santé, accès à l'autonomie [...] » et « un cycle de concertation avec l'ensemble des parties prenantes, au premier rang duquel les collectivités locales ».

Le 4 juillet 2017, le premier ministre Edouard Philippe, dans sa déclaration de politique générale place le domaine de la santé et de la protection sociale parmi les priorités de son gouvernement. Il parle notamment d'un plan de lutte contre les déserts médicaux pour septembre 2017 afin d'assurer un égal accès aux soins et souligne que l'inclusion des personnes en situation de handicap constituera une « priorité nationale » pendant le quinquennat.

La mise en application du décret relatif au projet territorial de santé mentale du 27 juillet 2017⁶⁰, et sa déclinaison au niveau du territoire de Derval-Châteaubriant, qui préconise pour le

⁶⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000035315389

projet territorial de santé d'établir l'état des ressources disponibles et les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et développer des espaces de concertation et de coordination locales comme les CLSM ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale. L'atteinte par le PTSM de sa priorité d'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, et que cela ne peut se faire sans les politiques publiques et les élus du territoire.

Conclusion

La politique de santé a reconnu les CLSM, chaînon longtemps manquant de la politique du secteur psychiatrique, comme outil indispensable à la construction des territoires de santé mentale et comme coordinateur des acteurs dans une collaboration décloisonnée. Parallèlement, la politique territoriale a fait évoluer la taille des intercommunalités afin qu'elles puissent être plus à même de « prendre soins » des citoyens. Des actions se sont mises en place, des partenariats se développent entre les acteurs qui ont un impact sur les déterminants de santé. Cependant, l'étude a montré que les élus du territoire de Derval Châteaubriant manquent de connaissances sur le sujet et semblent parfois peu ou pas prendre la mesure de leur rôle à jouer dans la réponse collective aux problématiques de santé, ou de santé mentale de leurs territoires qu'ils considèrent souvent comme relevant uniquement du domaine de la santé. Or comme le souligne Pauline Renther⁶¹, la structuration et la pérennité des CLSM sont plus importantes lorsqu'ils sont impulsés par l'implication des élus locaux et leurs services confrontés à une problématique psychosociale. Les CLSM créés à l'initiative de la psychiatrie n'ont pas la même légitimité auprès des autres acteurs, car vécue comme moins « neutre », de par son positionnement et les jeux-intentionnels qui peuvent exister avec les autres partenaires.

La santé n'est pas une compétence obligatoire pour les municipalités mais cette étude semble avoir impulsé une volonté des élus d'approfondir leurs connaissances sur les CLS et les CLSM. Si parallèlement l'offre des soins et l'accompagnement social du territoire se décloisonnent pour garantir un suivi de proximité, cela permettra-t-il d'engager une réflexion sur les idées reçues et leurs impacts sur l'intégration citoyenne des personnes vivant avec un trouble psychique au niveau du territoire de l'intercommunalité ? La Mise en œuvre d'un CLS et d'un CLSM ne pourraient-ils pas rendre plus opérationnels et efficaces le travail de partenariat engagé, en instaurant une politique locale de santé qui réponde spécifiquement et de manière adaptée à la population du territoire de proximité qu'est la communauté de communes Derval-Châteaubriant ?

⁶¹ « Le conseil local de santé mentale : nouvel outil au service de l'empowerment des usagers ? » -La Santé de L'homme - N° 413 - MAI-JUIN 2011 – p34-36

Glossaire

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADESM : Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

AFP : Association française de psychiatrie

AGAPSY : Associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

AMF : Association des maires de France

ARS : Agence régionale de santé

ASCODOCPSY : Assistance et coopération documentaires en psychiatrie, réseau de coopération documentaire francophone spécialisé en psychiatrie et santé mentale.

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

ATTP : Activité thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre Communal d'action sociale

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

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDU : Commission des usagers

CH : Centre hospitalier

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLS : Contrat local de santé

CLS : Contrat local de sécurité

CLSM : Conseils locaux en santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMS : Centre Médico-social

CNCPH : Conseil national consultatif des personnes handicapées

CPAM : Caisse primaire d'assurance Maladie

CRSA : Conférence régionale de santé et d'autonomie

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

CSP : Code de la santé publique

CTSM : Contrat territorial de santé mentale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHIS-ESPS : European health interview survey (enquête santé européenne) – Enquête santé et protection sociale

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale

EPSM : Etablissement public de santé mentale

ESAO : Entente SISM Atlantique Ouest

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

ESPT : Elus, santé publique et territoires

FA : File Active

FASM Croix-Marine : Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine

FNAPSY : Fédération Nationale des usagers en psychiatrie

GEM : Groupe d'entraide mutuel

GIP : Groupement d'intérêt public

HDJ : Hôpital de jour

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

IRDES : Institut de recherche, des études, de l'évaluation statistique

IREPS : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

LMSS : Loi de modernisation du système de santé

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

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

RSA : Revenu de solidarité active

RTSM : Réseau territorial de santé mentale

SISM : Semaines d'information en santé mentale

SMF : Santé mentale France

SPTS : Service public territorial de santé

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

Bibliographie

OUVRAGES :

- ✓ 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,
- ✓ Didier Tabuteau et Dominique Martin (2007) *Traite de sante publique, « les droits des personnes malades »* Coll. Médecine-Sciences, éditions Flammarion
- ✓ Jean Oury (1986), *Le Collectif*, Séminaire de Sainte-Anne, Paris, éditions du Scarabée
- ✓ Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (2010) « *La philosophie du soin* » *Ethique, médecine et société*, éditions PUF, p301à 317

ARTICLES :

- ✓ Agnès Buzyn (2017), ministre des solidarités et de la santé, « *note* » *au premier ministre, et « feuille de route » de son ministère*, 15 juin 2017
- ✓ Angers Loire Métropole -*Documents utilisés pour la construction du CLS de la ville d'Angers*, consulté le 26 juillet 2017 sur [http://www.angersloiremetropole.fr/fileadmin/plugin/tx_dcddownloads/annexes_du_rapport_cls_dpsm_angers.pdf]
- ✓ ARS Île-de-France (2016) *Référentiel CLS 2016* de, consulté le 3 août 2017 sur [<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>]
- ✓ ARS Pays de la Loire (2017) - *Carte des CLS signés en Pays-De-La-Loire au 01/08/2017*, consulté le 12 août 2017 sur [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-08/Carte_CLS_20170801.pdf]
- ✓ ARS Pays de la Loire (2017) *Présentation des CLS en pays de la Loire au 27 mars 2017 – Le Contrat Local de Santé*, consulté le 12 août 2017 sur [<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-contrat-local-de-sante-cls>]
- ✓ ATIH (2015) -*chiffres clés de la psychiatrie*
- ✓ Atlas de Loire-Atlantique, consulté le 17 juillet 2017 sur [<https://atlas.loire-atlantique.fr/#s=2014;v=map13;i=pops.pop;l=fr>]
- ✓ CCOMS - *Diagnostic partagé préalable à la construction d'un CLSM*, consulté le 26 juillet 2017 sur [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandations_f%C3%A9v13.pdf]
- ✓ CCOMS - Enquête « santé mentale dans la population générale » consulté le 13 juillet 2017 sur [<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9>-

mentale-en-population-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0-images-et-r%C3%A9alit%C3%A9s-smpg]

- ✓ CCOMS (2017) - *Le centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé*, consulté le 17 juillet 2017 sur [<http://clsm-ccoms.org/nos-actions/sensibilisation-a-la-demarche-clsm-aupres-des-elus-locaux/>]
- ✓ CCOMS, ESPT « *Recommandations pour l'élaboration d'un conseil local de santé mentale* », consulté le 26 juillet 2017 sur [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandations_f%C3%A9v13.pdf]
- ✓ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- ✓ CNCPH (2017) - *Avis du 13 mars 2017* : consulté le 13 juillet 2017 sur [http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/05/avis_cncph_13_03_17_ptsm.pdf]
- ✓ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale – consulté le 1er août 2017 sur [https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000035315389]
- ✓ Dictionnaire Larousse en ligne - *Définition de malade* - consulté le 17 juillet 2017 sur [<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malade/48806>]
- ✓ Dictionnaire Larousse en ligne - *Définition de patient* - consulté le 19 juillet sur [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient_patiente/58655]
- ✓ DREES (2004) – *Etudes et résultats* – n 347- octobre 2004
- ✓ Edouard Philippe (2017), premier ministre, « *déclaration de politique générale : place de la santé et de la protection sociale parmi les priorités de son gouvernement* », 4 juillet 2017
- ✓ ESPT -Association nationale des villes pour le développement de la santé publique « *Élus, santé publique & territoire* » - Histoire et présentation – consulté le 13 juillet 2017 sur [<http://www.espt.asso.fr/l-association.html>]
- ✓ ESPT-CCOMS (2013) « *Ville & santé mentale* » - Journée nationale de l'Association « *Élus, santé publique & territoire* » (ESPT) consulté le 13 juillet 2017 sur [<http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2017/01/actes-rencontres-nationales-2013.pdf>]
- ✓ IRDES (2017) « *Questions d'Economie de la santé* » N 228 – juin 2017
- ✓ IREPS (2013) - *Stratégie de sensibilisation des élus à la promotion de la santé*, consulté le 26 juillet 2017 sur

[http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/sensibilisation_elus_integrale_web.compressed.pdf]

- ✓ La mission de psychiatrie de liaison au sens du décret n°86/602 du 14 mars 1986 *relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique*
- ✓ Laurent El Ghazi « *La demande des politiques aux psychiatres* » - La santé de l'homme- n°359- Mai-Juin 2002-p32-34
- ✓ Loi de 1838, sur les aliénés
- ✓ Loi de 1985, reconnaissance de la notion de secteur
- ✓ Loi du 21 juillet 2009, dite HPST : Hôpital, patients, santé et territoire
- ✓ 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 »
- ✓ 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
- ✓ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)
- ✓ Nicolas Daumerie (2011), *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques* – La santé de l'homme – n° 413-mai-juin 2011 p8-10
- ✓ OMS - Plan d'action 2013-2020
- ✓ OMS (1946) - *Définition de la santé* – Constitution de l'OMS, 1946
- ✓ OMS (1978) *Notion de santé communautaire* - OMS - Alma-Ata – 1978- Service documentation EHESP (Ecole des hautes études en santé publique) – Dossier documentaire : La participation de l'utilisateur de santé – mis à jour le 16 janvier 2015 – p3
- ✓ OMS (2005) *Définition de la santé mentale* – Conférence européenne d'Helsinki, OMS, 2005
- ✓ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324 et Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6311, dites Ordonnances Juppé.
- ✓ Pauline Guézennec, Jean-Luc Roelandt (2015) « *les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015* » – L'info psychiatrique vol. 9, n°7 – août-septembre 2015 – p551

- ✓ Pauline Renther (2011) « *Le conseil local de santé mentale : nouvel outil au service de l'empowerment des usagers ?* » -La Santé de L'homme - N° 413 - MAI-JUIN 2011 – p34-36
- ✓ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- ✓ Projet de décret fixant les priorités du projet territorial de santé mentale visé à l'article L. 3221-2-1 du code de santé publique (Décret codifié 17 03 2017)
- ✓ SISM (2017) Dossier de Presse consulté le 26 juillet 2017 [http://www.semaine-sante-mentale.fr/uploads/2016/07/DOSSIER-DE-PRESSE-2017_VF.pdf]
- ✓ SISM, consulté le 13 juillet 2017 sur [<http://www.semaine-sante-mentale.fr/>]
- ✓ SISM, *Les 5 objectifs des SISM*, consulté le 13 juillet 2017 sur [<http://www.semaine-sante-mentale.fr/sism-2/les-sism-quest-ce-que-cest/>]

RAPPORTS :

- ✓ Rapport Piel et Roelandt. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. 2001
- ✓ Rapport Roelandt. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, place des usagers et rôle des partenariats* ». 2002
- ✓ Rapport Couty. *Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie*. 2009
- ✓ Rapport de la Cour des Comptes. *Sur l'organisation des soins psychiatriques*. 2010
- ✓ Rapport Denys Robillard. 2013
- ✓ Rapport Compagnon. *Pour l'An II de la Démocratie Sanitaire*. 14 février 2014
- ✓ 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
- ✓ Rapport Michel Laforcade *relatif à la santé mentale*-octobre 2016
- ✓ Rapport de l'Assurance maladie 2017, consulté le 17 juillet 2017 sur [https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf]

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Carte du secteur 44G14- Pôle Centre

ANNEXE 2 : Carte de Localisation de Châteaubriant

ANNEXE 3 : Cartes des EPCI en Loire Atlantique avant et après la fusion du 1er janvier 2017

ANNEXE 4 : Carte de la Loire-Atlantique avec les communes partagées entre le CHS de Blain et la Communauté de communes Derval-Châteaubriant

ANNEXE 5 : Questionnaire à destination des élus de la communauté de communes de Derval-
Châteaubriant

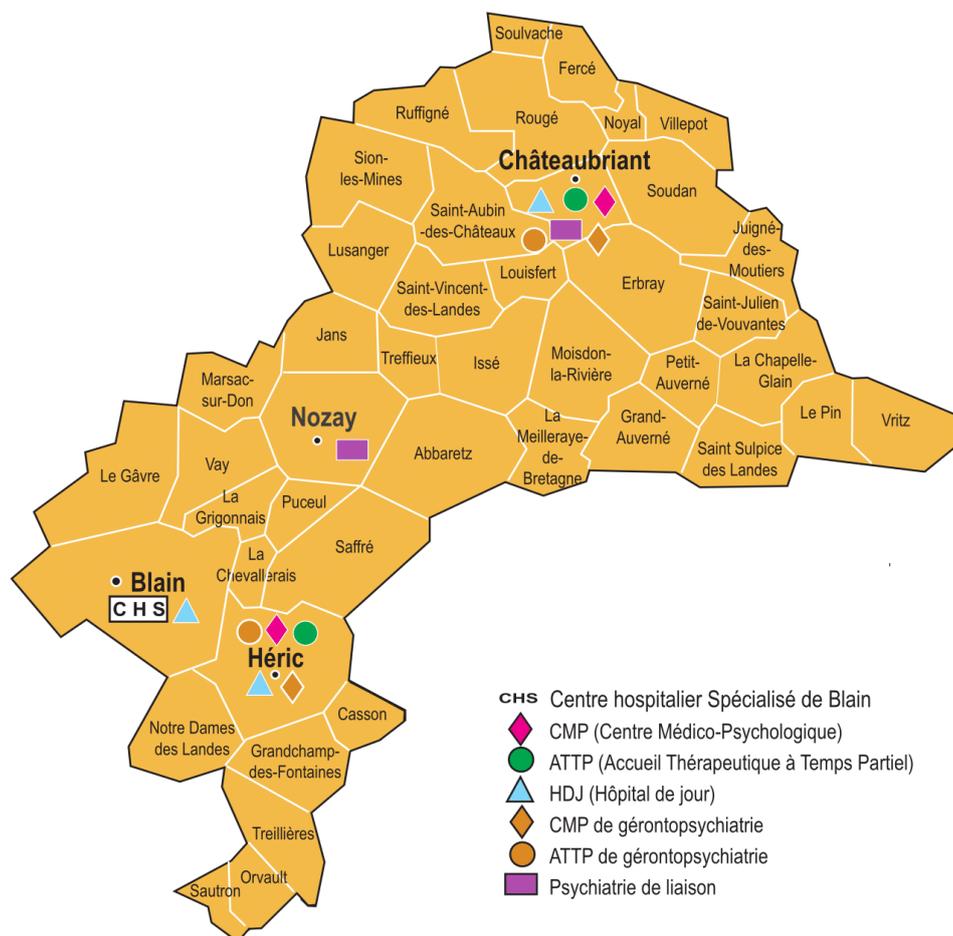
ANNEXE 6 : Courrier d'explication joint au questionnaire adressé aux élus

ANNEXE 7 : Carte des réponses au questionnaire

ANNEXE 1 : Carte du secteur 44G14- Pôle Centre



Secteur 44 G 014 Pôle CENTRE



Secrétariat : 02 40 51 51 20

Praticien hospitalier, chef de pôle : Dr THOMASSET
Praticien hospitalier, chef de pôle par interim : Dr GOETZ
Praticien hospitalier : Dr REYBOZ
Praticien hospitalier : Dr VEILHAN
Praticien hospitalier : Dr HAMEREL
Praticien contractuel : Dr BRUNET
Faisant Fonction d'Interne (FFI) : Mme G. COHUET
Faisant Fonction d'Interne (FFI) : Mme E. BEN BRAHIM

Cadre supérieur de santé : Mme C. ROZO-LEGO

Référent de la direction : M. J. MARTIN



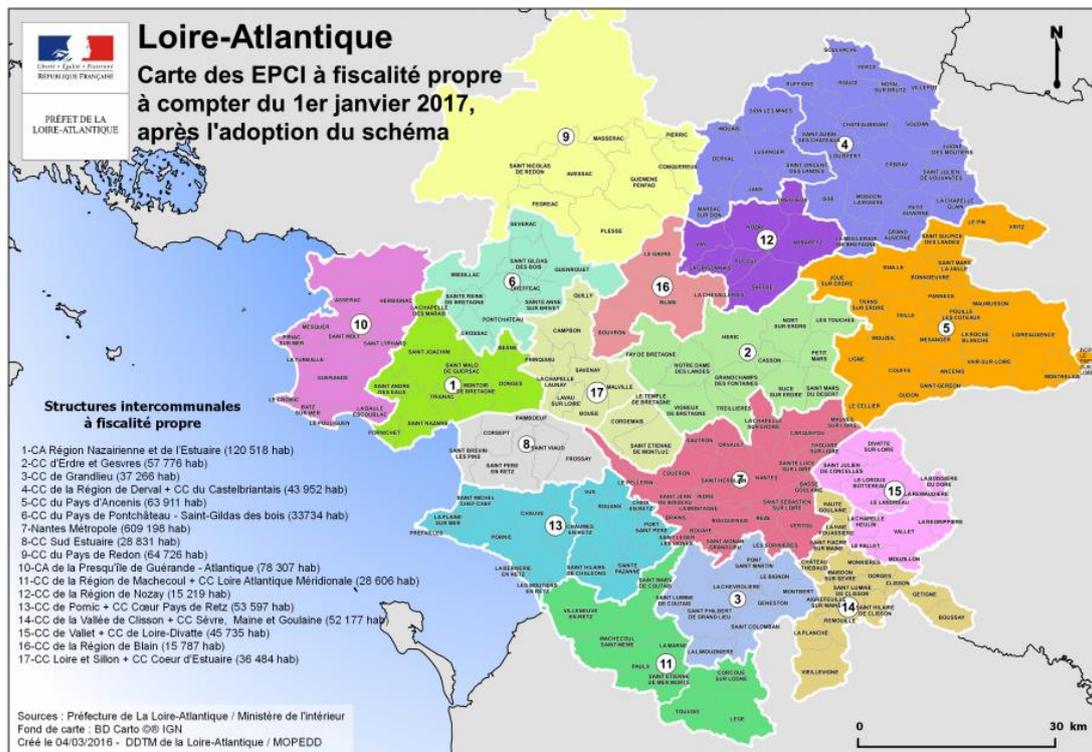
C.H.S. de Blain - BP 59 - 44130 BLAIN - Téléphone : 02.40.51.51.51 - Site Internet : www.ch-blain.fr

ANNEXE 2 : Carte de localisation de Châteaubriant

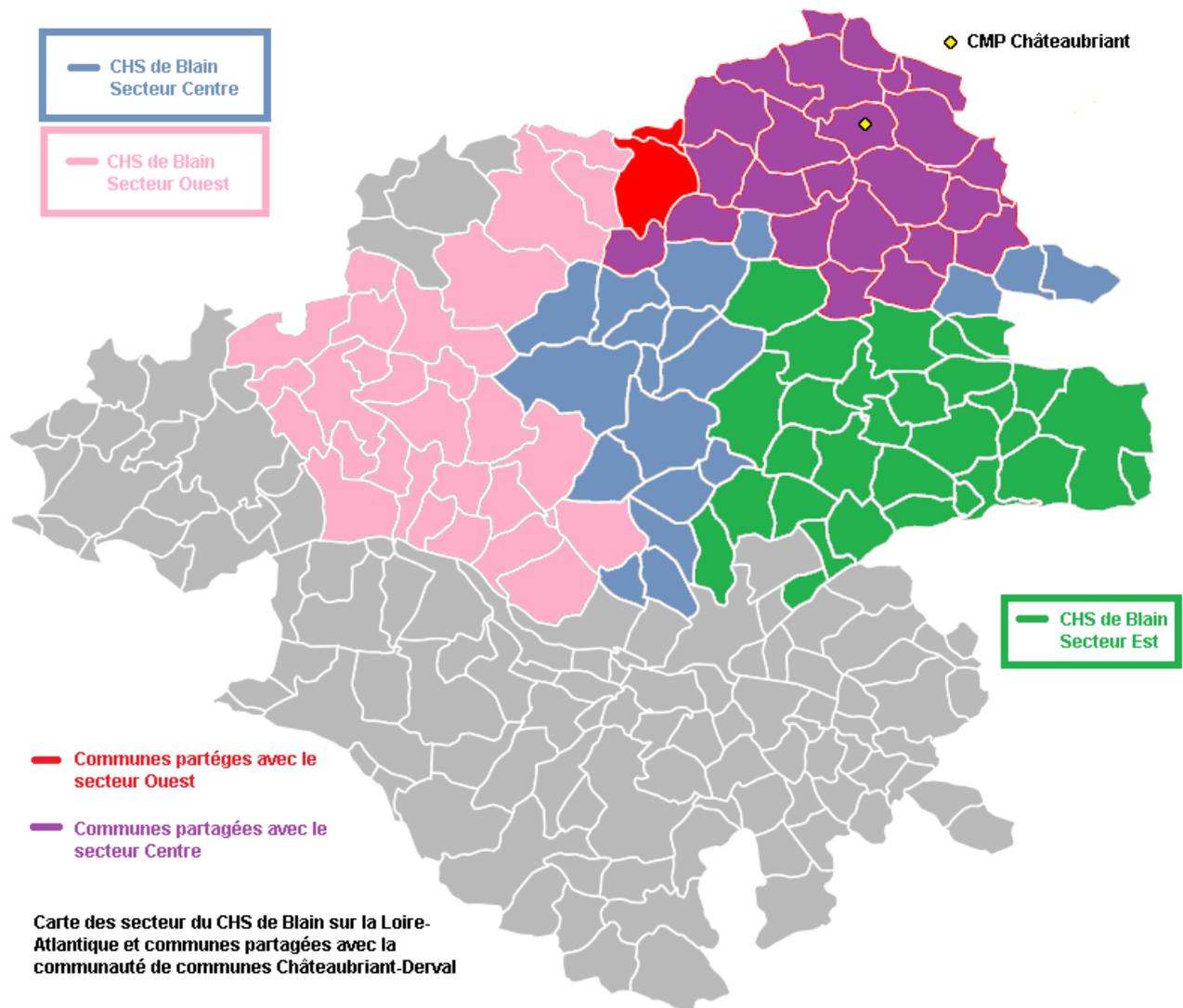


ANNEXE 3 : cartes des EPCI en Loire Atlantique avant et après la fusion du 1er janvier

2017



ANNEXE 4 : Carte de la Loire-Atlantique avec les communes partagées entre le CHS de Blain et la Communauté de communes Derval-Châteaubriant



ANNEXE 5 : Questionnaire à destination des élus de la communauté de communes de Derval-Châteaubriant

Questionnaire à destination des Elus

Nom de la mairie:

Nom de la personne qui remplit le questionnaire:

Fonction:

Téléphone:

Mail:

Confrontation avec des situations relevant de la santé mentale

Merci d'indiquer la nature et la fréquence des situations auxquelles vous avez été confrontés au cours de l'année écoulée

	toutes les semaines	tous les mois	1 à 3 fois par an
Personnes en situation de mal-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes en situation de maltraitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes vivant des évènements douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes vivant avec une maladie psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnes repliées sur elles-mêmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnes en crise suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnes souffrant d'addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personne ayant des conduites à risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnes présentant des troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnes agressives, violentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de ces personnes ?

oui

non

Si oui, comment caractériser vous les problématiques rencontrées au sujet de ces personnes:

	++	+	-	--
L'absence de réponse satisfaisante en interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sentiment d'insécurité devant leur comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'absence d'adhésion de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait de ne pas pouvoir comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'insuffisance de formation pour entrer en relation avec la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'absence ou l'insuffisance de protocoles exposant la conduite à tenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le manque de moyens humains en interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méconnaissance des réponses existantes en externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'insuffisance des réponses externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait d'être seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'incompréhension de l'entourage, du voisinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si autre (veuillez préciser)

Pour faire face à ces situations, quelles sont:

vos ressources internes:

Vos manques internes:

Vos ressources externes: citez les principaux partenaires et structures vers lesquels vous vous tournez:

Vos manques externes:

Modalités de liaison avec les services de santé mentale:

Seriez-vous favorable à des rencontres concernant l'organisation locale des soins en santé mentale

oui non

Seriez-vous favorable à la mise en place de consultations avancées de psychiatrie ?

oui non

Si oui, sous quelle forme imaginez-vous l'organisation de ces consultations avancées ? (nombre, fréquences, intervenants, lieu, etc.)

Connaissez-vous le Contrat Local de Santé (CLS)?

oui non

Si oui, et si vous y êtes favorables, à quel niveau souhaiteriez qu'il soit mis en place ?

intercommunalité commune

Connaissez-vous le Contrat Local de Santé Mentale (CLSM)?

oui non

Si oui, et si vous y êtes favorables, à quel niveau souhaiteriez qu'il soit mis en place ?

intercommunalité commune

Si non, souhaiteriez-vous des informations sur ce qu'est:

un CLS un CLSM

Merci pour votre participation

ANNEXE 6 : Courrier d'explication joint au questionnaire adressé aux élus



Le lundi 26 juin 2017

Fabien Le Gall
Cadre de santé
CMP de Châteaubriant
9 bis rue Denieul et Gastineau
44110 CHATEAUBRIANT
Tél : 02 40 28 33 50
Fax : 02 40 24 21 21
Fabien.le-gall@ch-blain.fr

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement cadre de santé sur le CH de Blain et responsable des équipes infirmières de psychiatrie adulte du secteur de Châteaubriant.

Actuellement en formation « santé mentale dans la communauté », j'ai accès mon mémoire sur une action de santé publique en lien avec ma pratique quotidienne et qui participe à la réflexion du secteur de psychiatrie publique qui couvre majoritairement la communauté de communes Châteaubriant-Derval. C'est pourquoi je me permets de vous contacter dans le cadre d'une réflexion, via un questionnaire, sur l'évolution du secteur tel que nous le demande la loi de modernisation du système de santé de 2016, pour améliorer les parcours de soins, et réduire les inégalités territoriales entre les citoyens.

Les troubles de la santé mentale représenteront, selon l'OMS, la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés, et la seconde dans les pays en voie de développement d'ici 2030. La prévalence des troubles mentaux au cours d'une année se situe entre 4,3% et 26,4%, et seulement 40% à 60% des personnes utiliseraient les services de santé.

L'équipe pluriprofessionnelle du CMP a pour mission de recevoir tout signalement ou demande de soins psychiatriques du secteur, d'effectuer l'évaluation psychiatrique initiale et d'organiser l'orientation, le suivi et l'hospitalisation, si nécessaire.

Vous êtes les acteurs publics les plus à même de détecter les troubles mentaux des citoyens de vos communes, car vous êtes les représentants de l'administration publique de proximité. Le système de soin n'est pas le principal déterminant de la santé d'une population qui relève principalement d'autres déterminants ou environnements sur lesquels de nombreuses politiques publiques ont un impact (logement, alimentation, action de prévention du suicide, etc.).

L'objectif de cette étude, c'est de faire le point sur vos relations avec cette part de la population en souffrance psychique en générale et avec les services de soins psychiatriques en particulier.

Si les résultats de cette étude sont positifs, ils pourraient constituer la base de l'articulation étroite entre la psychiatrie publique, les élus et des représentants d'usagers pour répondre au mieux aux besoins des citoyens et pour améliorer leurs parcours de soins.

J'espère que vous, ou l'un de vos élus, voudrez bien répondre à ce questionnaire, qui vous prendra 10 minutes et me le retourner par mail, fax ou par courrier, pour le 21 juillet prochain au plus tard.

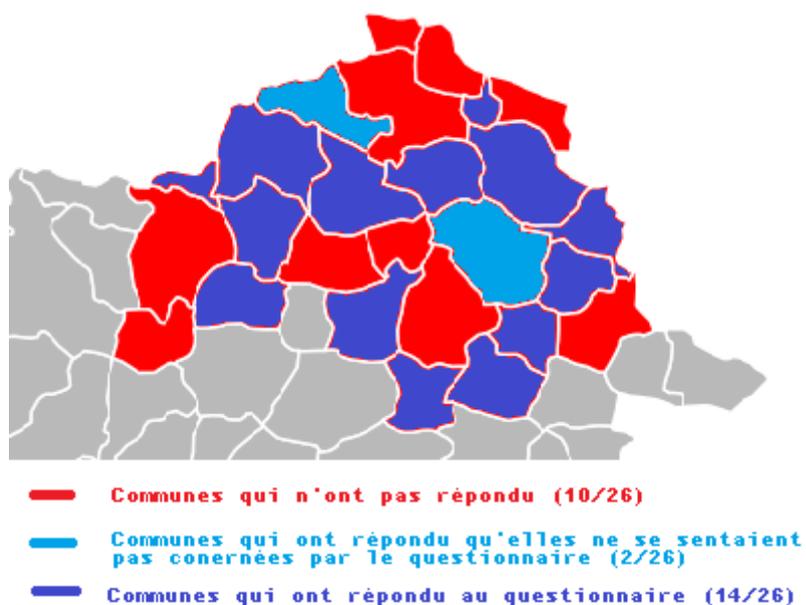
En vous remerciant par avance, conscient de votre charge de travail, veuillez croire, madame, monsieur, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE BLAIN

BP 59 - 44130 BLAIN Tél : 02.40.51.51.51

Site internet : <http://www.ch-blain.fr>

ANNEXE 7 : Carte des réponses au questionnaire



Carte de répartition des retours de questionnaires adressés aux élus de la communauté de communes Châteaubriant-Derval.

Résumé

Le secteur de psychiatrie 44G14 du CHS de Blain souhaite développer une offre de soins moins hospitalo-centrée en réorganisant l'offre de soins ambulatoire et extrahospitalière notamment en promouvant la mise en œuvre des CLSM et en y participant.

Le sous-secteur de Châteaubriant développe des partenariats avec les acteurs du territoire : structures sanitaires, médico-sociales, sociales, judiciaires, élus, forces de l'ordre, bailleurs, associations (loisirs, culture, usagers et parents d'usagers de la santé, organismes tutélaires), éducation nationale... Son champ d'action couvre la quasi-totalité de la communauté de communes de Derval-Châteaubriant.

Les élus sont des partenaires indispensables à la mise en place des CLS et des CLSM, outils de promotion et de prévention de la santé. Pourtant ils n'existent toujours pas sur ce territoire, malgré l'évolution de la législation, et la reconnaissance des droits et compétences des usagers-citoyens.

Pour déterminer quels freins agissent contre leurs mises en place, j'ai construit un questionnaire pour évaluer connaissances, organisations et fonctionnements des communes face à la souffrance psychosociale, et connaître attentes et manques perçus par les élus du territoire.

Cette étude m'a permis de comprendre la nécessité que les élus prennent conscience de leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé, de l'impact de leur politique sur les déterminants de santé, en tenant compte de leurs difficultés principales : le manque de temps, et de moyens, associés au caractère non obligatoire de cette démarche. La psychiatrie a besoin des élus, les élus ont besoin des soignants en santé mentale.

Les élus montrent un intérêt pour découvrir ce que sont un CLS et un CLSM. Plusieurs solutions peuvent favoriser leur implication, l'accompagnement par l'ESPT pour la mise en place des CLS et celle du CCOMS sur celle des CLSM, chaînon manquant de la mise en application du secteur tel qu'imaginé en 1960.

Mots-Clés : CLSM, Empowerment, santé mentale communautaire, usagers-citoyens, décroisement.