

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2016

*LE DÉPARTEMENT DE L'ARDÈCHE ET LA SANTÉ MENTALE :
RÉFLEXIONS POUR L'EXTENSION DE CONSEILS LOCAUX DE
SANTÉ MENTALE*

David KOLACINSKI

Tutorat : Pauline GUEZENNEC

**L'esprit est à soi-même sa propre demeure ;
il peut faire en soi un Ciel de l'Enfer, un Enfer du Ciel.**

John Milton
Le paradis perdu

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	5
REMERCIEMENTS.....	7
INTRODUCTION.....	9
I. PRESENTATION DES CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE.....	12
I.1 HISTORIQUE ET LEGISLATION.	12
I.2 PRINCIPALES FONCTIONS D'UN CLSM.....	14
I.2.a Les grands axes d'action.	14
I.2.b Quelques modalités de créations et d'actions concrètes des CLSM.	16
I.2.c Organisation classique d'un CLSM.	18
II. LE CONTEXTE ARDECHOIS ET RHONE-ALPIN.	20
II.1 LES CARACTERISTIQUES DE L'ARDECHE AU SEIN DE LA REGION RHONE-ALPES.....	20
II.1.a Les tendances suicidaires et les risques psychosociaux.	20
II.1.b L'accès aux soins : quelques données indicatives.	22
II.2 LES STRUCTURES ACCOMPAGNANT LE HANDICAP, INCLUANT LES TROUBLES PSYCHIQUES.	23
II.3 LES AXES POLITIQUES ET LA RESTRUCTURATION DU TERRITOIRE.	24
II.3.a Éléments du projet quinquennal de l'ARS Rhône-Alpes.....	24
II.3.b Éléments des schémas sociaux départementaux de l'Ardèche.....	25
II.3.c Le redécoupage du territoire de santé mentale entre Drôme et Ardèche.	25
III. L'ENQUETE SUR LES BESOINS RESENTIS.....	27
III.1 CONSTRUCTION.....	27
III.2 RETOURS.....	28
III.3 RESULTATS.	29
III.3.a Les mots.....	29
III.3.b Connaissance des CLSM et première estimation des besoins.....	30
III.3.c Les manques et les difficultés.	32
IV. REFLEXIONS PREALABLES OU CONCOMITANTES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN CLSM.	34
IV.1 IMPLICATIONS DE LA NOTION DE SANTE MENTALE.....	34
IV.1.a Universalisme et particularisme.....	34
IV.1.b Psychiatrie et santé mentale.....	35
IV.2 LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	38
IV.3 STIGMATISATION ET PARTICIPATION DES USAGERS DE LA PSYCHIATRIE.	40
IV.3.a La participation des usagers de la psychiatrie.....	40
IV.3.b Quelle représentativité ?	41
IV.3.c La lutte contre la stigmatisation : enjeu majeur d'un CLSM.	43
IV.4 DE QUELQUES CRAINTES A FAIRE RECULER.....	43
IV.4.a Les CLSM, couche supplémentaire de technocratie ?	43
IV.4.b Les CLSM, réunions additionnelles mangeuses de temps ?	44
IV.5 ORGANISATIONS INNOVANTES : QUELQUES PISTES DE REFLEXION.....	45
IV.5.a La promotion de la réhabilitation, du rétablissement et de l'empowerment.	45

<i>IV.5.b Développer la qualité de vie et son évaluation.....</i>	<i>47</i>
<i>IV.5.c Développer la formation et la recherche.....</i>	<i>48</i>
<i>IV.5.d Valoriser le territoire et lutter contre les déserts médicaux.....</i>	<i>49</i>
<i>IV.5.e Une structure adaptée au département.....</i>	<i>50</i>
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXE 1 : LES CARTES.....	59
ANNEXE 2 : GRAPHIQUES RELATIFS AUX TAUX DE SUICIDE COMPARES.....	63
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SOUS <i>GOOGLE FORMS</i>.....	65
Quatrième de couverture : résumé et mots-clés.....	68
Schéma 1 : organigramme idéal d'un CLSM.....	19
Tableau 1 : les grands axes d'action des CLSM existants en 2015.....	16
Tableau 2 : entrée et sortie en MCO liée à une tentative de suicide en Rhône-Alpes, 2013....	21
Tableau 3 : prises en charge psychiatriques en Ardèche et en Rhône-Alpes, en 2014.....	23
Tableau 4 : participation possible à un CLSM ou à l'un de ses composants (Q. 14).....	28
Tableau 5 : les difficultés repérées par les répondants (Q. 11).....	32
Tableau 6 : les manques repérés par les répondants (Q. 12).....	32
Encadré 1 : les positions de l'UNAFAM.....	19
Encadré 2 : un cas concret d'intervention citoyenne, « les patients de Racamier ».....	39
Encadré 3 : Un schéma d'évolution, réhabilitation, rétablissement, empowerment.....	47

Glossaire

AAH : allocation adulte handicapé.

ADAPEI : association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales.

ADMR : aide à domicile en milieu rural.

AHSM : association hospitalière Sainte-Marie.

ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés.

APATPH : association pour l'accueil et le travail des personnes handicapées.

ARS : agence régionale de santé.

ASV : atelier santé ville.

AURA : Auvergne-Rhône-Alpes (nouvelle région « remplaçant » Rhône-Alpes).

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce.

CCAS : centre communal d'action sociale.

CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (ici, il s'agit de celui de Lille en particulier).

CDU : commission des usagers (depuis 2016, nouvelle dénomination de la CRUQPC).

CHS : centre hospitalier spécialisé.

CIAS : centre intercommunal d'action sociale.

CISS : collectif interassociatif sur la santé.

CLS : contrat local de santé.

CLSM : conseil local de santé mentale.

CMP : centre médico-psychologique.

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique.

CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, (devenue en 2016 la CDU).

CUCS : contrat urbain de cohésion sociale (terminé en 2014).

CVS : conseil de la vie sociale / associative.

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle Rhône-Alpes.

EA : entreprise adaptée.

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

EIS : évaluation d'impact sur la santé.

EMPP : équipe mobile psychiatrie précarité.

ESAT : établissement et service d'aide par le travail.

ESPIC : établissements de santé privés d'intérêt collectif

ESPT : élus, santé publique & territoires (associations d'élus).

GEM : groupe d'entraide mutuelle.

IME : instituts médico-éducatifs.

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (dans ce mémoire, il s'agira essentiellement de l'IREPS Rhône-Alpes Education Santé Ardèche qui opère dans le sud du département, autour d'Aubenas).

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

MCO : services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (pour court séjour).

OMS : organisation mondiale de la santé (WHO en anglais).

ONU : organisation des Nations Unies.

PAP : plateforme d'alerte et de prévention (voir RESAD).

PCH : prestation de compensation du handicap.

RA : région Rhône-Alpes (depuis 2016, AURA, avec l'Auvergne).

RESAD : réunion (ou réseau) d'évaluation de situation d'adulte en difficulté ; aussi nommée cellule de cas complexe(s) ou autres dénominations proches (comme Plateforme d'alerte et de prévention à Grenoble, par exemple).

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale.

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

SISM : semaine d'information sur la santé mentale.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

UNAFAM (Unafam) : union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Remerciements

Ce mémoire a été l'occasion de participer à l'accroissement des liens existants entre de nombreux partenaires du territoire ardéchois, potentiellement concernés par les questions relatives à la psychiatrie et aux Conseils locaux de santé mentale.

Dans ce cadre, de nombreuses personnes, soit nous ont offert une aide directe ou indirecte, soit nous ont encouragé en nous apportant, à tout le moins, une oreille et un œil bienveillants. Que toutes soient ici remerciées chaleureusement, notamment les personnes suivantes, dont la liste n'est pas exhaustive (que celles que nous omettons par inadvertance nous le pardonnent).

Plusieurs usagers de la psychiatrie, dont un groupe souhaitant initier la future création d'un GEM sur l'agglomération d'Annonay (Nord Ardèche).

L'ensemble de la délégation UNAFAM de l'Ardèche, ainsi que ses adhérents.

Mme Martine Finiels, vice-présidente du Conseil Départemental de l'Ardèche et présidente de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Mme Isabelle Gourdon, directrice adjointe de la MDPH.

Les représentants de l'Agence Régionale de Santé, notamment Mme le Dr Françoise Marquis, Mme Marielle Millet-Girard et Mme Magali Tournier.

L'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) et l'association hospitalière Sainte-Marie (AHSM) de l'Ardèche, notamment Mme la directrice Karine Frey, M. le Dr Franck Giraud (Centre de Réhabilitation), le Père Charles Bécheras (aumônier de l'hôpital, entre autres activités) ; M. le Dr Olivarès, CMP d'Annonay ; M. Pierre Sévenier, CMP et EMPP d'Annonay ; Mme Marie Maréchal, éducatrice du SAVS de l'AHSM.

Mme Eliane Coste, vice-présidente du CCAS d'Annonay.

M. Jean-Luc Flattot, chef de pôle cohésion sociale et territoriale, mairie d'Annonay.

Mme Alice Jardin, directrice du Centre communal d'action social (CCAS) et membre coordinateur du CLSM de Privas (jusqu'en mai 2016).

M. Yann Boulon, coordinateur du REHACOO42, Saint-Etienne (Loire).

Mme Fatima Souadia, adjointe au maire de Privas, en charge des Affaires sociales, solidarité et santé, membre du CLSM de Privas.

Mme Marion Méjard, chargée de projets à l'IREPS Rhône-Alpes Education Santé Ardèche, et l'ensemble des membres de ce collectif.

Mme Julie Donjon, coordinatrice des CLSM de Lyon 3^e et 8^e (Rhône).

Mme Elise Devoille, coordinatrice du CLSM de Villeurbanne (Rhône).

Mme Isabelle Gamot, Direction Santé Publique et Environnementale, Ville de Grenoble (Isère).

Mme Marie Renée Deygas, médecin pédopsychiatre à l'APAJH de l'Ardèche.

Mme Maguy Matossian, Service promotion de la santé & Direction Santé Familles Environnement et membre coordonnateur du CLSM de Valence (Drôme).

Mme Jocelyne Stern, représentante d'usagers en Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Mme Claudine Rossetti, présidente déléguée de l'UNAFAM 07, puis cheffe de service du SAMSAH de l'APAJH 07.

Et bien sûr, le CCOMS de Lille, dont Mme Aude Caria, M. le Dr Jean-Luc Roelandt, Mme Pauline Guézennec, et l'ensemble des autres participants au DIU, les intervenants et les étudiants. Je ne peux tous les citer, mais ils m'ont tous apporté beaucoup, qu'ils soient psychiatres, psychologues, infirmiers, cadres supérieur et cadres de santé, médiatrice de santé pair, usagers de la psychiatrie, etc. Je peux remercier plus spécialement le Président du GEM Air Libre de Lyon, M. Stéphane Masset, qui participe lui-même à deux CLSM, l'animateur de ce GEM, M. Tony Saelen, et M. Michel Saby, directeur adjoint du CH Alpes Isère.

La participation de l'auteur à ce DIU, ainsi que la rédaction de ce mémoire, se sont faites à l'initiative de la délégation de l'UNAFAM de l'Ardèche, dont l'auteur est l'un des bénévoles. Toutefois, si l'auteur y défend les positions de l'UNAFAM, il s'y exprime aussi à titre personnel, et il va sans dire qu'aucune autre personne ne peut être tenue pour responsable des lacunes et limites du présent mémoire. Toutes erreurs, omissions, approximations ou propos incohérents dans les pages qui suivent ne peuvent donc être imputés qu'à leur auteur. Ainsi, selon la formule consacrée, à moins de mentions ou de références contraires explicites, ces opinions doivent être considérées comme propre à leur auteur.

INTRODUCTION

La santé mentale est un aspect essentiel de notre bien-être dont la défaillance peut tous nous affecter à un moment ou à un autre de notre existence. Il y a d'ailleurs de réelles difficultés à cerner le passage des troubles aux handicaps psychiques, compte-tenu de leur variété et de leur complexité. Roussel, Giordano & Cuenot (2014), en se basant sur l'enquête Handicap-Santé de 2008/2009 de l'INSEE, estiment à environ 11,9 millions le nombre de personnes concernées par une difficulté susceptible d'impliquer un handicap psychique, soit 20 % de la population française. Ces chiffres confirment ceux de Chevreur, Prigent, Bourmaud, Leboyer & Durand-Zaleski (2012) pour qui les problématiques des troubles psychiatriques et de leurs coûts pour l'économie française, seraient largement sous-évaluées.

De même, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 25 % de la population mondiale est concernée au cours de sa vie par un trouble mental. Ainsi, les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Pour l'OMS, il y a cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif ; cf. (Haute autorité de santé, 2013).

Compte-tenu des données existantes, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) estime qu'il y a entre 0,4 et 0,7 % de la population atteinte de schizophrénies, 1 à 2 % souffrant de troubles bipolaires et 2 à 3 % de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Ainsi, au moins deux millions de personnes ont des troubles psychiques sévères, soit 3 % de la population française. Considérant qu'il y a 2,3 personnes en moyenne dans un ménage, l'Unafam évalue à trois millions le nombre de Français directement concernés par les troubles psychiques sévères d'un proche, soit plus de 4 % de la population. Le total de personnes concernées par la maladie psychique s'élèverait donc *a minima* à 7 % de la population ; cf. (Unafam, 2013).¹

Rapporté à la population ardéchoise, cela représente environ 22 000 personnes concernées, auxquelles s'ajoutent tous ceux porteurs d'autres troubles du même ordre : les 3 % de personnalités états-limites (ou *borderline*)² ; les personnes en addiction(s) ; les personnes âgées dépendantes (troubles d'Alzheimer ou autres³) ; les personnes relevant des

¹ Voir aussi l'étude de la DREES (2003 et 2006), où l'équivalent de 2 % de la population déclare, sur la période concernée (huit semaines), avoir consulté un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste.

² Cf. l'estimation donnée par l'AAPEL www.aapel.org, Association d'aide aux personnalités états-limites.

³ Voir notamment P. Guinchard, « Psychiatrie des personnes âgées », *in* (Besançon & Jolivet, 2011).

troubles du spectre autistique ; les fameux « dys »⁴ ; les autres troubles de l'émotion et du comportement, notamment chez les plus jeunes comme les EMO chers aux états-uniens ou les *Hikikomori* (jeune se coupant du monde, par exemple en restant devant son ordinateur), etc.⁵

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁶. En continuité, la « santé mentale 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. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »⁷

En adoptant ces définitions, nous inscrivons les maladies mentales/psychiques et ceux qui en sont porteurs dans la vie « normale » et dans la cité. Cependant, cela ne peut se faire correctement que si, d'une part, ils sont aidés pour compenser ces handicaps si besoin, et, d'autre part, s'ils sont eux-mêmes mis en situation d'assumer leurs responsabilités, leurs devoirs réciproques des droits auxquels ils ont accès, comme devrait l'être tout autre citoyen.

Il y a toutefois une difficulté. Les personnes qui souffrent de troubles psychiques peuvent ne pas en avoir conscience ou être dans le déni. En outre, les troubles psychiques provoquent souvent une altération des capacités à juger de ses propres ressources et donc à se projeter dans l'avenir, cf. (Moreau, 2015) et (Marseault, 2015). D'autres éléments amplifient encore ce phénomène : la mise en concurrence de principes fondamentaux (liberté individuelle, principe de précaution, non-assistance à personne en danger, etc.) ; la honte sociale, la stigmatisation, la discrimination à l'égard du « fou », de ses proches ou de ses soignants ; la méconnaissance de la maladie ; les dysfonctionnements de la société. Tous ces facteurs reculent l'accès aux soins, et ont d'autres conséquences non négligeables.

Par ailleurs, qu'il s'agisse d'anorexie ou de *burn out*, pour n'en nommer que deux des plus célèbres, les troubles qui se révèlent face aux difficultés de la personne, relèvent de ce que nous qualifierons de « normalité ou normativité alternatives ». La capacité de résilience entre alors en jeu, permettant à la grande majorité d'aller de l'avant. Pour certains cependant, cette normalité alternative peut se transformer en « anormalité ou anormativité » trop éloignée d'une réalité viable/vivable. La personne entre alors dans le champ de la souffrance.

⁴ Dyslexie, dysphasie, dyspraxie, etc. Entre 6 à 8 % de la population. Cf. <http://www.ffdys.com/>

⁵ Sur l'adolescence « difficile », souvent associée à des troubles limites, cf. (Les cahiers de Rhizome, 2016) ; sur les différences et points communs entre névroses, états-limites et psychoses, voir (Rattié, 2002).

⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (aide-mémoire 220, août 2014 ; site de l'OMS).

Cette souffrance peut conduire au suicide ou à la précarité, à l'auto-exclusion qui n'est rien d'autre qu'un suicide symbolique, à plus forte raison lorsque la maladie psychique se surajoute à d'autres difficultés (Ettelin & Fray, 2013, p. 5). L'auto-exclusion et la maladie psychique impliquent une souffrance totale qui pourtant peut être indolore, car la personne s'isole volontairement pour y échapper et se maintient ainsi le plus souvent dans la non-demande (Furtos, 2009), paradoxe de plus soulevé par le fonctionnement psychique⁸.

C'est là un risque majeur d'aggravation de la maladie et des conditions de vie de la personne, face auquel les proches sont impuissants. La délégation UNAFAM de l'Ardèche a ainsi fait le constat que de plus en plus de personnes démunies face au repli, à l'isolement et à la maladie de leur proche s'adressent à elle, sans que la délégation n'ait de réponses concrètes à leur fournir.

Le travail de partenariats entre les élus, les médecins, la psychiatrie et la pédopsychiatrie, le secteur social et médico-social de proximité, les services publics, les associations de familles et d'usagers, et l'ensemble des citoyens, nous semble donc devoir être promu et valorisé, afin de trouver des réponses appropriées pour le département ardéchois.

Dans la continuité d'un travail mené lors de la rédaction d'un Livre Blanc (cf. Collectif Livre Blanc 07, 2015, p. 50), la délégation Unafam 07 a décidé de se pencher sur les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) comme outil de coordination pouvant permettre, à moindres frais, d'atteindre l'objectif du « zéro sans solution » prôné par le rapport Piveteau (2014). Les CLSM peuvent favoriser le « aller vers » pour sortir les personnes de l'isolement et de la solitude⁹, du non-recours aux soins et aux droits sociaux, et d'éviter ainsi les risques de dégradations irréversibles et les hospitalisations trop coûteuses humainement comme économiquement et, à quelques égards, inadéquates si elles peuvent être évitées en amont.

Nous allons donc nous atteler, dans les pages qui suivent, d'abord à faire un rappel et un état des lieux sur ce que sont les CLSM (point I). Puis, nous présenterons rapidement les caractéristiques du département de l'Ardèche (point II). Ensuite, nous détaillerons les données d'une étude que nous avons menée sur les besoins ressentis en termes de santé mentale en Ardèche (point III). Nous finirons en ajoutant quelques pistes de réflexions à mener dans le cadre des CLSM, nés ou à venir (point IV).

⁸ On peut penser, aussi, à des mécanismes de défense comme le célèbre syndrome de Stockholm (« amour » que porte une personne séquestrée à ceux qui la gardent prisonnière).

⁹ Pour sortir un peu de la psychiatrie, on pourra lire avec profit la nouvelle « Il y a solitude et solitude », ainsi que la nouvelle éponyme du recueil auquel elle appartient et qui concerne aussi, à sa façon, le thème de la solitude et des façons d'y échapper, et dont la folie n'est jamais loin... cf. George R.R. Martin (1976).

I. Présentation des Conseils locaux de santé mentale.

Les Conseils locaux de santé mentale sont portés par les élus locaux et la psychiatrie de secteur. Ils ont des capacités d'actions variées, à géométrie variable autant en termes de territoires que de champs d'intervention ou de coût (pouvant n'engendrer aucune dépense supplémentaire ou bien bénéficier d'un poste de coordination financé selon diverses modalités, souvent partagées par l'Agence régionale de santé (ARS) et les municipalités).

L'enjeu d'un CLSM est de prendre en compte les difficultés particulières qui peuvent se faire jour sur un territoire concernant la prise en charge des troubles psychiques et de leurs conséquences. Puis, par extension, il peut être un outil de réflexion et d'amélioration de la qualité de la santé mentale de la population prise dans son ensemble. Nous allons en donner un rapide historique, puis dresser la liste de ses principales missions et modes de fonctionnement existants.

I.1 Historique et législation.

Suite à la seconde guerre mondiale, la problématique de l'internement a été posée. L'utilisation des camps de concentration, les 40 000 décès dans les asiles en France par manque d'approvisionnement et par isolement/abandon social des patients, ont remis fondamentalement en cause l'enfermement des malades psychiques.

L'ouverture des hôpitaux est ainsi devenue une nécessité qui s'inscrit dans la naissance des secteurs psychiatriques à partir de la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Pour celle-ci, « le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu » afin d'éviter « la désadaptation sociale du sujet »¹⁰. L'idée de la sectorisation était donc de favoriser le soin extra-hospitalier, notamment par l'ouverture des hôpitaux de jour et des centres médico-psychologiques (CMP), et de garantir à chaque citoyen, quel que soit son lieu d'habitation, un accès aux soins psychiatriques.

Par ailleurs, l'apparition des neuroleptiques a beaucoup aidé à ce décloisonnement de l'hôpital, permettant aux malades d'être plus facilement stabilisés et de se réintégrer plus naturellement au sein de la société. Cependant, qui dit réintégration dit aussi difficultés d'intégration pour ceux qui sont porteurs de troubles psychiques sources de handicaps

¹⁰ On trouvera le texte de cette circulaire notamment aux adresses suivantes :
<http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/sector/1960.htm>
<http://www.ascodocpsy.org/trouver-de-linformation/textes-officiels-historiques/>

(cognitifs ou sociaux notamment). Dès lors que les malades psychiques sortent de l'hôpital pour réinvestir la cité, celle-ci est amenée à se poser les questions de la prise en charge ou de l'accompagnement de ces personnes. D'où la promotion de conseils de secteur ou d'autres types, jusqu'aux CLSM actuels, par plusieurs textes.

Nous pouvons renvoyer à la circulaire du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies¹¹, à celle du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique¹² ; à la loi du 25 juillet 1985 et à la circulaire du 23 juillet 1986 relative à la mise en place du conseil départemental de santé mentale¹³.

Il y a aussi eu la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale¹⁴ ; le Plan santé mentale 2001, qui incite à développer les partenariats en créant des conseils locaux de santé mentale institués à l'échelle du secteur ; le rapport Couty (2009), qui préconise la mise en place des CLSM sous l'égide des Agences régionales de santé ; le Plan santé mentale 2011-2015, qui promeut les CLSM comme outils de proximité.

Aujourd'hui, la Cour des Comptes et le Haut Conseil de Santé Publique recommandent l'usage de ces outils, tout comme l'Union Européenne (voir notamment : ARS Île-de-France, 2012). Ainsi, en 2013 et 2014, la Stratégie Nationale de Santé préconise le développement de conseils locaux de santé ou de santé mentale, en insistant sur le rôle et la prise en compte des usagers des services de soins dans la concertation, l'évaluation et la mise en œuvre des politiques de santé.

Plusieurs rapports se sont également succédés, apportant des éléments qui ont nourri la loi de modernisation du système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016¹⁵. Le CLSM y devient un pivot reconnu dans l'organisation de la psychiatrie en France. En effet, l'article 69 de cette loi indique les modifications suivantes dans le Code de la santé publique : « II.- Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès

¹¹ http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire2030_12decembre1972.pdf

¹² http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/circulaire_sectorisation_psychiatrique_19740501.pdf

¹³ http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire612_23juillet1986.pdf

¹⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000295864

¹⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>

lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. », et « IV.- Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé ». Les CLSM sont donc appelés à jouer un rôle majeur par le législateur.

I.2 Principales fonctions d'un CLSM.

Le conseil local de santé mentale a potentiellement des objectifs et des rôles variés, en fonction des personnes qui s'y investissent. Notons à ce propos que la grande majorité des textes insistent sur le rôle de la participation des usagers, des aidants et de leurs représentants.

Parmi les CLSM en cours d'exercice, des grands axes d'actions sont identifiables en suivant l'état des lieux du Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS, 2015). Nous les récapitulons dans le tableau 1, ci-après.

I.2.a Les grands axes d'action.

Il y a trois thématiques principales autour desquelles se concrétisent la plupart des CLSM. La première est celle de l'étude des situations individuelles, par des cellules de veille ou de cas complexes, aussi dénommées RESAD, réunion d'évaluation de situation d'adulte en difficulté psychosociale. 80 % des CLSM en possède une, certains l'utilisant comme élément fondateur. Cela est assez logique si l'on part du principe que les élus locaux, moteurs des CLSM, sont d'abord interpellés par des demandes relatives aux problèmes soulevés par une population « souvent démunie et dérangeante pour la tranquillité publique » (Dybal & Pierre-Noel, 2013)¹⁶. Par exemple, le CLSM de Grenoble a une Plateforme d'alerte et de prévention (PAP) qui se réunit deux fois par mois pour examiner les cas complexes ; saisie par les professionnels, elle a été conçue initialement pour faire face aux problématiques relevant de la mairie : hospitalisation sous contrainte, troubles du voisinage, etc. C'est que la sectorisation et la fermeture des lits ont réintroduit dans la cité une population source d'anormalités, normalités alternatives dès lors qu'elles ne sont pas délictueuses¹⁷. Cette population est

¹⁶ Voir aussi (Ettelin & Fray, 2013, p. 6).

¹⁷ Nous avons lu quelque part la célèbre anecdote prenant lieu à Valence (Drôme), ville que nous connaissons bien, et que nous avons récemment eu la chance d'entendre racontée par Jean Furtos (2016b) lui-même : un homme se promenait avec une hache et un couteau ; bien sûr, il faisait peur et personne ne l'approchait. C'est une jeune psychologue qui l'a abordé pour lui demander pourquoi il se baladait avec ces objets. La réponse fut que c'était pour être sûr de ne pas faire de mal aux autres. Forme particulière d'auto-défense et d'auto-exclusion d'un homme qui donne l'impression d'être dangereux, mais qui ne l'est pas tant que cela. Forme d'appel au secours qui, bien évidemment, ne peut avoir que l'effet inverse, celui du rejet de la part de la société.

souvent celle visée en priorité par les élus amenés à prononcer des hospitalisations sous contrainte, même s'il ne s'agit que de la partie émergée de l'iceberg de la santé mentale.¹⁸

Cependant, les RESAD ou équivalents ont des objectifs et des résultats plus profonds. Il s'agit d'une base de départ indispensable à deux orientations existentielles d'un CLSM : l'analyse de la souffrance psychique particulière de la personne et la mise en œuvre de solutions (collectives) pour y répondre qui ne sont pas (que) coercitives ; la création d'un réseau de partenaires, nourrissant un travail commun et une compréhension réciproque, et qui permet d'améliorer les rapports entre professionnels et institutions, cf. (Mourez, 2014).

La seconde thématique essentielle dans de nombreux CLSM est celle du logement. Les trois quarts des CLSM ont des groupes de réflexion ou mènent des actions sur le thème de l'habitat, comme à Dijon (Prescrire, 2016). C'est parfois le seul thème qui perdure et anime le CLSM dans certains cas, comme pour le CLSM du Val de Marne, cf. (Huppert, 2013). C'est que la question du logement est centrale pour le suivi des soins et la réinsertion sociale de la personne. Par ailleurs, l'impact de troubles psychiques sur l'habitat entraîne parfois des conséquences visibles comme, par exemple, les effets du syndrome de Diogène, les soucis de voisinage, l'insalubrité, etc.¹⁹ Les problématiques connexes posent aussi directement des questionnements aux acteurs politiques, sociaux et médico-sociaux : expulsion, exclusion, insécurité, absence de logements adaptés ou d'accompagnement au logement, etc.

La troisième grande thématique est celle de l'information/communication autour du CLSM, de la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM) et de la sensibilisation/formation à la santé mentale. Faire connaître le CLSM, organiser la SISM et développer des outils, des actions de sensibilisation et de prévention, aident à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. C'est un préalable utile pour traiter efficacement les autres sujets que les CLSM peuvent inclure à leurs actions.²⁰

¹⁸ Il y a bien d'ailleurs une corrélation entre criminalité et santé mentale, mais il faut noter que les aspects prégnants sont ceux du cadre de vie socio-économique et de la consommation d'alcool ou de stupéfiants, et que par conséquent « [I]a violence et les crimes pouvant être exclusivement attribués à la maladie mentale ne représentent en réalité qu'une faible proportion de la criminalité générale. Il est également nécessaire de souligner que la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux ne commettront jamais d'infractions graves et seront plus probablement les victimes d'autrui. » (Bénézech, Le Bihan & Bourgeois, 2002, p. 14).

¹⁹ Par exemple, lors d'un entretien avec Rabha Rahmani, coordinatrice du CLSM d'Aubervilliers, nous avons rencontré également l'agent municipal en charge des problèmes liés à l'insalubrité et à l'habitat. Il y a un travail de partenariat fort entre la ville et le CLSM sur cette question, la coordinatrice du CLSM alimentant les bonnes pratiques des agents municipaux, ceux-ci faisant également remonter les problèmes du terrain.

²⁰ Voir aussi le positionnement du président de l'association de maires Elus Santé Publique et Territoire (ESPT), qui résume en trois points les fonctions du CLSM : prévention, gestion des crises, intégration des usagers/patients dans la cité (El Ghozi, 2008, p. 53).

Tableau 1 : les grands axes d'action des CLSM existants en 2015.*

LES GRANDS AXES D'ACTION	CLSM CONCERNÉS
Etudes de situations individuelles complexes (RESAD ou autres)	80 %
Logement / habitat	75 %
Communication sur le CLSM et la politique de santé mentale	75 %
Sensibilisation, information en santé mentale	66 %
Semaines d'information en santé mentale (SISM)	60 %
Accès aux soins	37 %
Amélioration des procédures de Soins sous contrainte	37 %
Amélioration de l'accès aux loisirs et à la culture	34 %
La santé mentale des adolescents	34 %
Formations croisées des partenaires	25 %
Promotion de l'accès à la citoyenneté des usagers	25 %
La santé mentale des enfants	25 %
Observation / diagnostic territorial de santé	24 %
Contribution à la réduction des inégalités socio-territoriales de la santé mentale	12 %
Prévention précoce	9 %
Les personnes âgées	9 %
Le droit des usagers	7 %
L'insertion professionnelle	7 %
Précarité et santé mentale	7 %

* Données issues de (CCOMS, 2015).

1.2.b Quelques modalités de créations et d'actions concrètes des CLSM.

Il existe différentes sources à la création d'un Conseil local. Pour certains plus anciens, ils ont été portés par la psychiatrie et étaient des réunions de professionnels du soin, comme celui du 18^e arrondissement de Paris, organisé en conseil de secteur au début des années 1980. Le travail du CLSM consiste alors à informer, proposer des discussions autour de pratiques, de modalités d'accès aux soins et à solliciter le soutien des élus, par exemple pour l'implantation de lits ou de services spécifiques (toxicomanie), cf. (Valax, 2013, p. 7-8).

Les CLSM matures, comme celui de Lille, ont aidé « à la diminution du nombre d'hospitalisations et de leur durée, en particulier pour les hospitalisations forcées, et

l'amélioration du réseau Ville – Hôpital au sens large. Cela s'est traduit également par une meilleure adaptation de l'offre d'hébergement et de logement, avec les appartements thérapeutiques, par exemple. » (ESPT & CCOMS, 2012, p. 34).

Le CLSM de Brest a débuté suite à une étude en population générale en santé, et s'est appuyé sur un Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et un Atelier santé ville (ASV). Une commission a produit un mémento téléphonique avec les adresses des partenaires. Une commission de formation y est très active, comblant « la méconnaissance de l'autre ; la méconnaissance de l'autre institution, celle après qui l'on crie au téléphone parce qu'elle n'a pas fait ce que l'on attendait qu'elle fasse, celle après qui l'on râle en réunion d'équipe » ; il y a aussi une « commission sur le travail, qui traite de l'insertion du malade dans l'emploi, mais aussi des risques psycho-sociaux créés par le travail » (ESPT & CCOMS, 2012, p. 60-64).

Les CLSM des 3^e et 8^e arrondissements de Lyon, ainsi que celui de Villeurbanne, ont été initiés par la volonté de certains acteurs de la psychiatrie, d'une part, et de la ville d'autre part, au travers des Ateliers Santé Ville existants²¹. Dans le 3^e et le 8^e, se réunit trois fois par an le comité de pilotage : maire, CCAS, ASV, UNAFAM et GEM. Par ailleurs, le CLSM essaie de faciliter le lien entre généralistes et psychiatrie. Des commissions thématiques s'y réunissent autour d'un sujet précis (enfance ; personnes âgées ; etc.) pour discuter des pratiques et se connaître. De ces commissions peuvent émerger des groupes de travail pour mener des actions concrètes. Dans le 8^e, se sont ainsi mis en place des « petits déjeuners santé » pour échanger avec la population ; outre l'aspect convivial et informatif, la méthode consiste notamment à demander à chaque participant d'écrire une question sur un papier, questions que l'on regroupe anonymement et auxquelles on répond ensuite, puis des groupes sont formés pour partager les expériences sur « comment aller mieux ». Concernant les groupes de travail, ils se créent selon les besoins : comment gérer les écrans chez les enfants est un thème qui vient d'être mis en avant. Un groupe ressource se réunit bi-mensuellement autour de cas de personnes pour qui le droit commun ne suffit plus. Dans le 3^e, la personne est informée. Dans le 8^e, elle est informée et invitée. Dans ce dernier cas, les membres du groupe ressource l'attendent dans le hall, pour éviter le malaise de l'invitée.

A Villeurbanne, c'est suite à la création de l'ASV en 2006, puis d'un diagnostic lié à la SISM que le CLSM a vu le jour. Il compte plusieurs groupes de travail : sur les 16-26 ans ; sur les situations critiques ; sur le logement et les troubles de voisinage ; sur les soins sans consentement, pour les fluidifier ; sur la souffrance psychique et la précarité, groupe qui

²¹ Pour les éléments donnés ici, nous nous appuyons sur des entretiens que nous avons eus avec Julie Donjon, coordinatrice des CLSM de Lyon 3^e et 8^e et Elise Devoille, coordinatrice du CLSM de Villeurbanne.

organise des journées de formation ; sur la petite enfance et la souffrance psychique, pour créer du maillage entre les acteurs ; sur la pratique du numérique chez les adolescents.²²

1.2.c Organisation classique d'un CLSM.

La taille et la structure d'un CLSM sont relativement variables, ce qui n'empêche pas des éléments communs quant à leur organisation. A de rares exceptions près, elle repose sur le pouvoir de convocation particulier aux maires et s'organise autour d'une séance plénière annuelle, co-présidée par l'élu et le psychiatre responsable de secteur. Cette séance plénière réunit toutes les personnes concernées aussi largement que possible, afin d'établir un bilan de l'année écoulée et de mettre en route les perspectives et objectifs futurs du CLSM.

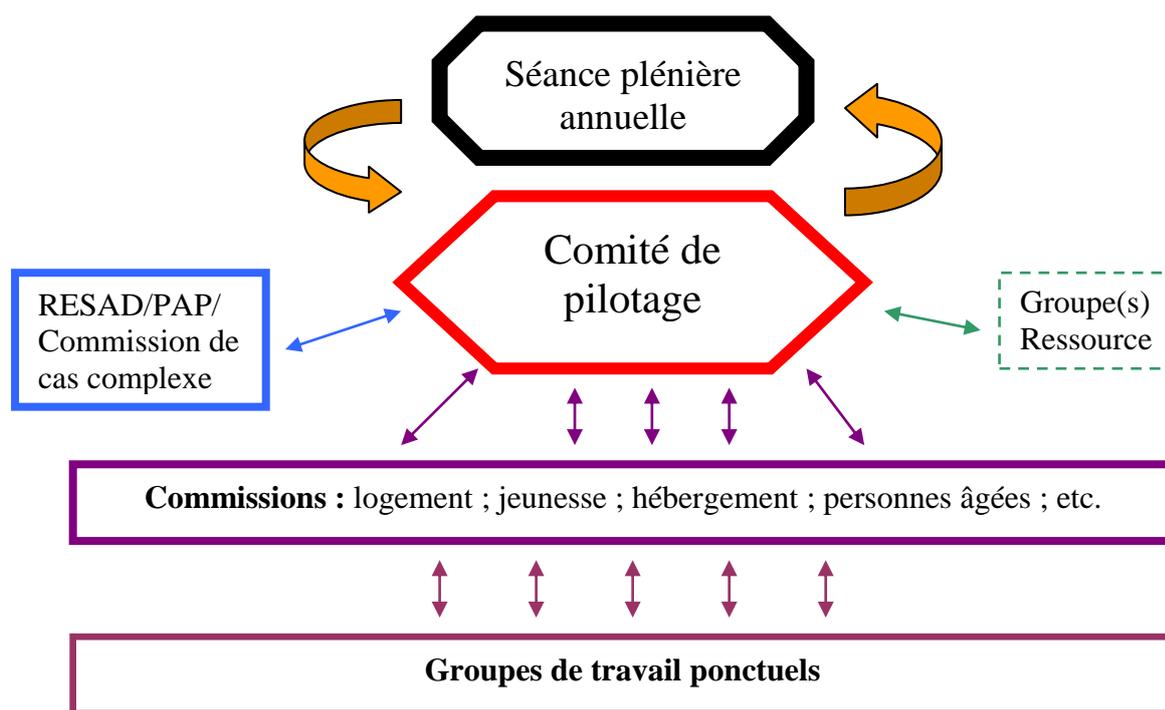
Vient ensuite un second échelon, le Comité de pilotage, qui se tient en moyenne trimestriellement et qui réunit un nombre restreint d'acteurs, aptes à suivre les avancées et à porter les décisions : mairie et CCAS, psychiatres, représentants d'usagers, Conseil Départemental, voire si possible MDPH et ARS, et le/la coordonnateur/trice du CLSM lorsqu'il y en a un/une. Le rôle de ce comité de pilotage est de s'assurer du bon fonctionnement du CLSM, de sa pertinence et, le cas échéant, de valider les orientations ou propositions qui en émanent et de leur trouver des solutions de financement si besoin.

Dans 80 % des CLSM existe aussi un RESAD ou équivalent, où sont examinés des cas concrets, anonymisés le plus souvent, sans ou avec la participation de l'intéressé. Cependant, ce sont des commissions plus larges qui sont le cœur véritable d'un CLSM. Définies en fonction des besoins du territoire, elles varient dans le temps. Elles réunissent des acteurs du domaine concerné, par exemple le logement, avec les représentants de la psychiatrie et des personnes, pour favoriser leurs interconnaissances, déterminer leurs besoins réciproques et leurs difficultés, pour y apporter des réponses ou solutions pérennes.

Dans certains cas, comme à Lyon ou Dijon, une commission – communément celle dédiée au logement – peut devenir un véritable « Groupe Ressource » à mi-chemin entre un groupe de travail et un RESAD. Il s'agit alors d'une commission chargée d'examiner plus spécifiquement les demandes particulières émanant de la personne elle-même ou des professionnels, afin d'apporter une aide individuelle sur cette question précise.

²² Pour d'autres exemples, et un point complémentaire et récent sur les CLSM, on peut se reporter au dossier des Actualités sociales hebdomadaires de mai (Guardiola, 2016, p. 22-25) et à (Prescrire, 2016).

Schéma 1 : organigramme idéal d'un CLSM.



Encadré 1 : les positions de l'UNAFAM.

L'UNAFAM participe autant que faire se peut aux CLSM, notamment à ceux de Valence (Drôme) et de Privas (Ardèche) en tant que représentant d'utilisateurs pour les familles, les proches et les usagers des services en lien avec la santé mentale.

L'Unafam a pour mission première l'entraide entre proches, ce qui implique d'œuvrer à un meilleur accès aux soins et à l'autonomie des personnes malades. Elle « concentre son action au profit des personnes souffrant de troubles psychiques sévères, et de leurs proches. Il s'agit en premier lieu de personnes atteintes de schizophrénies, de troubles bipolaires, de dépressions sévères, de troubles obsessionnels compulsifs. » (Unafam, 2013, p. 5).

Pour garantir la qualité de vie des malades et des aidants, l'amélioration des sept points suivants est promue par l'Unafam, dans une logique de parcours de vie : les soins (qualité et réactivité), les ressources (AAH, PCH), le logement (autonome ou étayé), l'accompagnement (social et médico-social), les protections juridiques (spécifiques si nécessaire), l'activité (GEM, travail adapté,...), l'aide aux aidants familiaux.

Lors des réunions du 07 et 27 juin 2016 (voir point II.3.c), les deux délégations Unafam de l'Ardèche et de la Drôme ont rappelé leur volonté de voir se développer des prises en charge ambulatoires (devant précéder et accompagner la baisse des lits intra-hospitaliers), des dispositifs favorisant « l'aller vers » la personne malade, ainsi que l'aide aux aidants.

II. Le contexte ardéchois et Rhône-Alpin.

L'Ardèche est un département de la (nouvelle) région Auvergne-Rhône-Alpes, comportant des zones rurales et montagneuses, d'une part, et une zone plus peuplée le long de la vallée du Rhône, nourrissant des liens et des tensions avec le département « miroir » de la Drôme, d'autre part. Nous indiquons les principales caractéristiques de ce territoire, en particulier en termes médico-sociaux ; puis, nous faisons un point sur les structures accompagnants les personnes souffrant de troubles psychiques ; enfin, nous résumons les grandes orientations actuelles du département, de l'ARS et des opérateurs hospitaliers.

II.1 Les caractéristiques de l'Ardèche au sein de la région Rhône-Alpes.

Le département de l'Ardèche est composé de communes de petite taille : plus de 50 % d'entre elles comptent moins de 500 habitants. Sur les 339 communes du département, huit ont plus de 5 000 habitants, et seulement quatre dépassent les 10 000 habitants : Annonay (nord), Aubenas (sud), Guilherand-Granges (centre-est/nord), Tournon-sur-Rhône (nord-est).

Le département de l'Ardèche connaît une forme de césure entre d'un côté les monts et plateaux ardéchois de l'ouest et, de l'autre, la vallée du Rhône. Les premiers sont moins peuplés, avec une population plus âgée, ayant des conditions socio-économiques et de logements moins favorables, avec une propension à l'isolement plus forte. La seconde est un peu mieux desservie en termes de transports publics, a une population en croissance, avec un accès à l'emploi et à des logements plus récents ; cf. les cartes une, deux, sept en annexe une.

Dans ce cadre, plusieurs sujets sont préoccupants, comme la désertification médicale, l'offre psychiatrique étant en recul, et la montée de l'isolement, du renoncement aux soins ou de la montée de troubles psychiatriques ou de conduites addictives (Conseil général de l'Ardèche, 2014, p. 16). A cet égard, et sachant que certains symptômes psychiatriques surviennent le plus souvent à l'adolescence, il est à noter que 27,5 % de la population du département a moins de 25 ans (part supérieur à celle des plus de 65 ans) ; un quart d'entre eux sont au chômage et manquent de qualification ; par ailleurs, (au moins) 45 % des ardéchois de 17 ans ont déjà consommé du cannabis.

II.1.a Les tendances suicidaires et les risques psychosociaux.

Une population âgée d'un côté, jeune de l'autre, toutes deux avec des risques de marginalisation et d'isolements géographiques et sociaux posent également le problème des tendances suicidaires. Les troubles psychotiques, les névroses et dépressions, les troubles

états-limites sont sources de suicide aussi. La région Auvergne-Rhône-Alpes, l'Institut Régional Jean Bergeret, l'IREPS Sud Ardèche travaillent beaucoup sur cette question, tout comme le Conseil départemental et d'autres intervenants du territoire ardéchois, le taux de suicide y restant proche de la moyenne nationale (voir les graphiques en annexe deux)²³.

En Rhône-Alpes, le taux moyen de décès par suicide était de 13 pour 100 000 habitants (20,8 chez les hommes et 6,5 chez les femmes), durant la période 2009-2011. L'Ardèche se situe dans la moyenne. L'entrée en hospitalisation suite à une tentative de suicide se fait le plus souvent via le domicile et les urgences générales ; 21 % de ces tentatives aboutissent *in fine* à l'entrée dans un service de psychiatrie (cf. Tableau deux).

Tableau 2 : entrée et sortie en MCO liée à une tentative de suicide en Rhône-Alpes, 2013.

Mode d'entrée		Mode de sortie	
Mutation et transfert d'un autre service	2,3 %	Mutation et transfert en psychiatrie	21,0 %
Domicile	97,5 %	Autres mutations ou transferts	8,8 %
<i>Dont passage par les urgences</i>	<i>81,9 %</i>	Domicile	68,7 %
Autre	0,2 %	Décès	1,0 %

Source des données utilisées : Observatoire régional de la santé (2014).

Les efforts entrepris doivent donc être poursuivis et soutenus, en tenant compte de l'ensemble des facteurs associés de comorbidités (addictions en particulier). En ce sens, nous suivons Jean Furtos (2016a) lorsqu'il parle de la nécessité d'un contrat inconditionnel de préoccupation pour autrui, mais nous savons aussi les difficultés du travail sanitaire, médico-social et social, entre professionnalisation et don de soi (Fustier, 2005)²⁴. Il n'est d'ailleurs pas étonnant de constater qu'il existe de forts taux de *turn-over* ou de *burn out*, voire de suicides chez les salariés de ce secteur d'activité (Uni Santé, 2015 ; et plus globalement le très intéressant DARES, 2010).

En ce qui concerne les déclarations d'inaptitude au travail, le constat en Rhône-Alpes (Ardèche incluse) est qu'elles sont liées pour 24 % à une cause psychiatrique, dont la moitié survenue suite à la souffrance au travail, ce qui en fait la seconde cause d'inaptitude²⁵. Par

²³ Notons qu'au niveau national, le taux de décès par suicide s'accroît avec l'âge, même si en proportion, c'est une moindre cause de décès chez les plus de 65 ans (1 % des décès) ; à l'inverse, ce taux est plus faible dans l'absolu chez les jeunes (6,4 ‰ de 15 à 24 ans contre 40,6 ‰ après 74 ans) mais représente 16 % des décès chez les 15-24 ans, soit la seconde cause de mortalité après les accidents de la circulation, cf. (DREES, 2015, p. 252).

²⁴ Voir aussi (Direction générale de la Santé, 2005) et (Bottollier, 2015).

²⁵ Et même, « avant 50 ans, la cause la plus fréquente d'inaptitude au poste de travail est la pathologie psychiatrique comprenant les pathologies en lien avec la souffrance au travail. » (DRTEFP, 2008, p. 2).

ailleurs, si l'on rapporte les déclarations d'inaptitudes au pourcentage de salariés dans chaque secteur, alors les services personnels et domestiques et le secteur « santé, action sociale » font partie des cinq secteurs les plus touchés (DRTEFP, 2008). La prévention des risques psychosociaux apparaît ainsi comme une préoccupation majeure, y compris et surtout dans les institutions potentiellement membres des Conseils locaux de santé mentale.

II.1.b L'accès aux soins : quelques données indicatives.

S'il existe des « zones blanches », là où la population est la moins dense, en particulier dans l'ouest, et un peu dans le sud, il y a aussi un effort de répartitions de certains services pour couvrir le département. Notamment, il y a la volonté d'ouvrir des maisons de santé pluridisciplinaires, des lieux d'accueil pour les enfants, des établissements pour personnes âgées, ou des réseaux d'aide à la personne (cf. les cartes en annexe une).

Il n'en reste pas moins que les besoins d'accompagnements des personnes en perte d'autonomie sont présents en Ardèche. Ainsi, le département qui dénombrait 313 693 habitants en 2009, compte 20,3 % de personnes de plus de 65 ans, 35 000 adultes et 1 500 enfants touchés par le handicap, 10 200 retraités percevant une aide personnalisée à l'autonomie, 8 000 demandes par an auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dont 750 dossiers de Prestation de compensation du handicap (PCH). Au 31/12/2012, les données de Balises - ORS Rhône-Alpes²⁶ indiquent qu'il y avait 5 728 allocataires de l'AAH en Ardèche, soit 5,6 % de sa population (5,3 % en Rhône-Alpes).

En ce qui concerne les consultations auprès d'un psychiatre, 2 980 personnes, soit 1,2 % de la population ardéchoise, y ont eu recours en 2014, contre 2,1 % pour la région Rhône-Alpes. Ce faible taux s'explique peut-être par la difficulté d'accès à ce type de spécialistes. La pénurie de psychiatre et la difficulté à en recruter est un problème majeur du territoire ardéchois. Le département compte seulement neuf psychiatres libéraux si l'on s'en réfère aux pages jaunes, une dizaine de psychanalystes et environ 80 psychologues²⁷.

A contrario, les données de Balises indiquent des taux globalement supérieurs en Ardèche pour la prise de traitements psychotropes, antidépresseurs ou neuroleptiques, avec, toujours pour l'année 2014, 19 860 personnes sous traitement psychotrope, 15 474 sous

²⁶ cf. le portail Internet : <http://www.balises-rhone-alpes.org/> ; site de l'Observatoire régional de santé.

²⁷ Par comparaison, la Drôme compte, toujours en résultats sur les pages jaunes (en juin 2016) : 67 psychiatres, 54 psychanalystes et 155 psychologues. Cela dit, s'ils sont beaucoup plus nombreux, ils se concentrent majoritairement sur la vallée du Rhône, à Valence et Montélimar en particulier, le reste de la Drôme étant un désert médical à cet égard, presque plus que l'Ardèche... Voir aussi, pour les médecins généralistes et les autres spécialités : (Observatoire régional de la santé, 2015).

antidépresseur et 4 883 sous neuroleptique (personnes distinctes ; 28 865 personnes sous traitement psychotrope incluant des antidépresseurs et/ou des neuroleptiques).

Dernières informations que nous pouvons relever, toujours à partir de Balises - ORS Rhône-Alpes, les prises en charge en établissements spécialisés en psychiatrie sont tournées pour partie vers l'ambulatoire, plus que dans le reste de la région :

Tableau 3 : prises en charge psychiatriques en Ardèche et en Rhône-Alpes, en 2014.

	Effectif Ardèche	Taux*	Effectif Rhône-Alpes	Taux*
Patients de moins de 15 ans vus à temps complet ou partiel	84	149,8	1 803	150,2
Patients de 15 ans et plus vus à temps complet ou partiel	2 192	844,6	35 793	705,8
Patients de moins de 15 ans vus exclusivement en ambulatoire	2 597	4 632,5	39 139	3 260,5
Patients de 15 ans et plus vus exclusivement en ambulatoire	8 453	3 264,8	106 169	2 092,7

* Taux pour 100 000 habitants. Source des données utilisées : <http://www.balises-rhone-alpes.org/>.

II.2 Les structures accompagnant le handicap, incluant les troubles psychiques.

Plusieurs acteurs interviennent sur le département de l'Ardèche dans le cadre du handicap, et nombreux sont ceux qui sont confrontés à la prise en charge de personnes porteuses de troubles psychiques. Le travail commencé en 2015 dans un Livre Blanc recensant ces structures et leurs besoins, n'est pas encore exhaustif, mais il se poursuit aujourd'hui et nous en reprenons ici quelques éléments, y ayant nous-mêmes contribué.

Les participants à ce premier livre blanc sont les associations et structures suivantes : l'association hospitalière Sainte-Marie (le centre de réhabilitation psychosociale du centre hospitalier spécialisé de Privas, le SAVS et l'ESAT de la Barèze), l'UNAFAM de l'Ardèche, la Croix rouge, Eovi handicap, l'APAJH de l'Ardèche, l'APATPH, l'ADAPEI de l'Ardèche, l'association Béthanie.

L'ensemble de ces acteurs a une problématique en lien avec les troubles psychiques, qu'il s'agisse d'un trouble principal ou associé, allant selon les cas de 3 % à 100 % des effectifs des personnes suivies. Ainsi, si nous regardons d'abord les résultats concernant les structures dédiées à la jeunesse (CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP et IME), le taux global moyen d'enfants concernés par des troubles d'ordre psychique avoisine les 50 %. Nous pouvons ensuite constater que deux territoires sont relativement bien dotés, celui d'Aubenas et celui de Privas (voir les cartes 9 à 12 en annexe une).

Si nous examinons ensuite les questions de l'emploi (ESAT et EA), de l'accompagnement (SAVS, SAMSAH, CMP et autres), ainsi que le logement (Foyers et Résidences adaptés), la situation est assez comparable : une certaine concentration autour de l'axe Aubenas/Privas, et un essaimage plus ou moins diffus sur le reste du département. En ce qui concerne les pourcentages moyens, pour le travail adapté, en fonction des établissements, la fourchette varie de 75 à 90 % ou de 20 à 30 % de travailleurs souffrant de troubles psychiques. Pour les structures d'accompagnement, en fonction de leur spécialisation initiale, ce même pourcentage va de 10 à 100 %. La même fourchette s'applique aux structures d'hébergement. Par ailleurs, ce livre blanc a été l'occasion de vérifier que les durées d'attente pour entrer dans chaque service ne sont pas négligeables ; cf. Collectif Livre Blanc (2015).

II.3 Les axes politiques et la restructuration du territoire.

Dans cette partie, nous allons du général au spécifique, en reprenant les éléments du projet quinquennal de l'ARS Rhône-Alpes, des schémas sociaux départementaux, et enfin, en faisant un point sur le redécoupage du territoire de santé mentale entre Drôme et Ardèche, validé le 23 mars 2016 et mis en place à compter du 1^{er} juin 2016.

II.3.a Éléments du projet quinquennal de l'ARS Rhône-Alpes.

Premier point, ce schéma quinquennal pour la santé en Rhône-Alpes souhaite voir le système de santé « mis au service des acteurs de terrain pour construire, avec les usagers, des parcours de santé adaptés, efficaces et accessibles » (ARS Rhône-Alpes, 2013, p. 4). Pour ce faire, la nécessité de la prise en compte des aidants et de la psychiatrie est soulignée (*Idem*, p. 7), ainsi que l'apport des Conseils locaux de santé mentale.

L'ARS soutient le développement de ces Conseils pour favoriser l'insertion dans la cité, avec notamment pour objectifs de réduire la stigmatisation et les discriminations, favoriser l'insertion des personnes porteuses de maladies mentales, améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles psychologiques (ARS Rhône-Alpes, 2013, p. 37).

Par ailleurs, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Etat et l'ARS (ARS Rhône-Alpes, 2015) inclut plusieurs préoccupations dont l'importance des représentants d'usagers, la nécessité de développer les soins extra-hospitaliers et ambulatoires, la coordination des prises en charge adaptées, nécessitant le partenariat du sanitaire, du médico-social et du social pour le handicap psychique.

II.3.b Éléments des schémas sociaux départementaux de l'Ardèche.

Dès leurs préambules, les schémas sociaux de l'Ardèche et M. le Préfet soulignent l'importance de l'accès aux soins psychiatriques, ainsi qu'aux services sociaux et médico-sociaux, y compris pour les zones isolées (Conseil général de l'Ardèche, 2014, p. 3-4).

Ces schémas offrent et construisent les pistes principales de réflexion et d'action dont des CLSM à créer pourraient être les relais de proximité (et de subsidiarité efficiente). La participation des personnes, la coordination des intervenants, le maintien à domicile des patients, les problématiques liées à la pénurie ou la difficulté d'accès aux soins, en particulier psychiatriques, le développement des services numériques, la lutte contre les addictions, la prévention et de l'éducation à la santé y sont mis en avant à plusieurs reprises.

Pour la jeunesse, le Conseil département met aussi l'accent sur la lutte contre la solitude, « nouveaux fléau de notre société », et contre la montée des conduites addictives : tabac, alcool, cannabis, addiction au numérique ou au marketing, aux jeux et loisirs (Conseil général de l'Ardèche, 2014, p. 12-16).

Il y a ainsi une volonté clairement affichée de favoriser l'accès aux soins psychiatriques (Conseil général de l'Ardèche, 2014, p. 44), y compris pour les enfants, notamment en mettant en place un groupe de travail sur l'autisme et les troubles du comportement, et en associant les familles (*Idem*, p. 28, p. 54-57).²⁸

En complément, nous pouvons ajouter que Privas vient de débiter son CLSM, et il y a une autre ville qui en a relevé la nécessité, Annonay qui, dans une étude récente, souhaitait mettre en place un ASV et un CLSM entre 2013 et 2015 sur la Communauté de Communes du Bassin d'Annonay. La démarche n'a pu aboutir à ce jour, mais les indications en leurs faveurs restent d'actualité, cf. (CIAS du bassin annonéen, 2013).

II.3.c Le redécoupage du territoire de santé mentale entre Drôme et Ardèche.

C'est dans ce contexte qu'intervient le redécoupage du territoire de santé mentale sud Rhône-Alpes dont nous allons dire quelques mots. Il s'agit, pour l'ARS, de redéfinir les zones d'intervention des opérateurs hospitaliers psychiatriques en termes de bassins de vie, pour une meilleure prise en charge des troubles psychiques, mais dans un contexte de maintien à l'identique des moyens et de réduction des coûts face à des besoins en croissance.

²⁸ Rappelons qu'en ce qui concerne les troubles psychiques, il est clair que prévention et dépistage précoce sont essentiels, la difficulté étant toutefois de savoir trouver le bon équilibre entre la liberté du développement naturel de l'enfant et la nécessité d'un diagnostic pour éviter la dégradation d'une éventuelle pathologie invalidante (physiquement ou socialement).

Ainsi, en Drôme, Le Valmont doit devenir l'unique opérateur et il « récupère » les communes ardéchoises de la vallée centre/nord du Rhône (Guilherand-Granges et Saint-Péray, Tournon, etc.) ; côté Ardèche, l'opérateur reste l'ESPIC Sainte-Marie, qui devient le référent du sud de la vallée du Rhône y compris en Drôme, des alentours de La Voulte jusqu'au sud du département, en passant par Montélimar (cf. la carte 13 en annexe une).

Ce redécoupage a été à l'origine de plusieurs polémiques. Sans entrer en détail dans ces débats, précisons que, selon nous, l'existence de conseils locaux de santé mentale aurait pu permettre d'améliorer les conditions d'application de cette réforme, notamment en termes de diffusion d'informations et de remontées de terrain préalables à – ou au cours de – la mise en œuvre de ce redécoupage. Mais puisque seuls le CLSM de Valence en Drôme, et celui de Privas en Ardèche, existent à ce jour, et n'en sont qu'à leurs débuts, ils n'ont pas pu jouer ce rôle médiateur dans le redécoupage.

Ensuite, nous pouvons ajouter²⁹ que le 07 et le 27 juin, deux réunions d'information sur ce redécoupage, organisées par les deux délégations UNAFAM de l'Ardèche et de la Drôme, ont réuni les représentants de l'Agence Régionale de Santé, Mme Mirielle Millet-Girard et Mme le docteur Françoise Marquis, et les directeurs des deux hôpitaux psychiatriques, de l'Ardèche, Mme Karine Frey, et de la Drôme, M. Claude Eldin.

La réunion du 07 juin a notamment été l'occasion pour les salariés des deux hôpitaux de faire remonter leurs insatisfactions ; l'association « Patients, Usagers et Défenseurs de Racamier », créée à l'occasion du redécoupage (voir l'encadré 2, plus loin), a exprimé le mécontentement de ses membres, ainsi que leur volonté de suivre de près l'évolution et l'éventuel transfert sur La Voulte de leur unité de soin ; des représentants des structures départementales, œuvrant notamment dans le champ de la jeunesse, ont regretté le manque d'information sur les changements en cours qui interrompent les partenariats existants.

Lors de la réunion du 27 juin, les familles se sont inquiétées de la difficulté d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre au CMP de Montélimar. Des professionnels des centres médico-sociaux ont regretté le manque de lien avec la pédopsychiatrie ; le médecin pédopsychiatre de Montélimar étant présent, il a pu exprimer le fait que, seul, il était dans l'incapacité d'être partout où cela serait nécessaire.

Le problème plus global du recrutement des psychiatres a été souligné, problème qui occasionne certaines difficultés importantes sur les deux départements, et qui ressort aussi dans notre enquête, comme nous allons le voir à présent.

²⁹ cf. Kolacinski (2016).

III. L'enquête sur les besoins ressentis.

Dans le cadre du présent mémoire, nous avons rencontré plusieurs partenaires susceptibles d'être intéressés par la mise en place de Conseils locaux de santé mentale. Nous avons créé un questionnaire, avec pour objectif de récolter des informations sur les besoins ressentis en matière de santé mentale sur l'ensemble du département.

Toutefois, cette enquête n'a pas prétention à être une étude statistique rigoureuse et complète ; nous ne pouvons nous substituer aux organismes compétents pour effectuer un diagnostic de chaque territoire. Par conséquent, nos objectifs étaient d'un autre ordre, dont :

- sensibiliser à la santé mentale un maximum de partenaires, usagers, bénévoles, maires et représentants politiques, professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux et autres ;
- promouvoir auprès de ces partenaires les Conseils locaux de santé mentale, et avoir une estimation sommaire de la connaissance déjà existante de cet outil ;
- encourager des projets de création de CLSM ou, pour le moins, favoriser une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la communauté sur les territoires ardéchois.

Cela nous paraissait d'autant plus important et pertinent dans le contexte actuel du redécoupage local et, plus globalement, des réformes en cours liées à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. Nous exposons, dans les points suivants, la construction de l'enquête, les retours que nous avons eus et les résultats ainsi obtenus.

III.1 Construction.

Le questionnaire a été élaboré à partir d'un premier jet réalisé par nos soins, que nous avons proposé à la critique, aux bénévoles de l'UNAFAM 07, à des usagers de la psychiatrie, à des professionnels sanitaires, médico-sociaux, sociaux et à des représentants des pouvoirs publics. Les commentaires et avis recueillis nous ont permis d'affiner cette enquête.

Elle se présente en une série de questions à choix multiples (avec plusieurs réponses possibles) et de quelques définitions sommaires d'un ASV, d'un CLSM et d'un RESAD, ainsi que de l'expression « santé mentale ». Les questions posées visent aussi, de par leur contenu, à illustrer les problématiques relevant de la santé mentale et donc d'un Conseil local dédié.

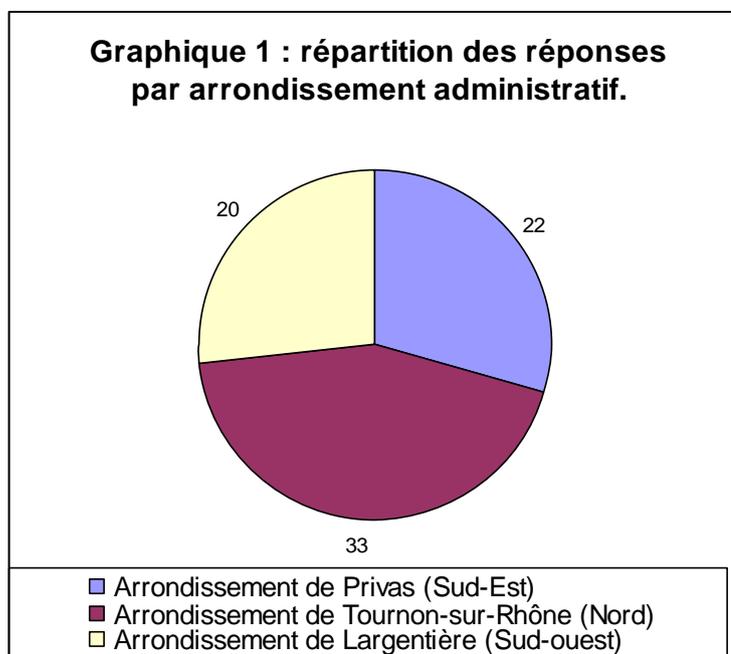
Le lecteur trouvera, en annexe trois, la version du questionnaire sous *Google Forms*. Cette version du questionnaire a dû être simplifiée pour entrer dans le cadre de cet outil informatique. Le lien vers l'enquête électronique a été adressé par courriel, avec également une version *Word* en pièce jointe, à l'ensemble des mairies, à l'ordre des médecins d'Ardèche, et à plusieurs institutions, associations et professionnels, qui ont relayé ce questionnaire.

III.2 Retours.

Nous avons eu soixante-quinze réponses à notre enquête, couvrant l'ensemble du département jusqu'à ses extrêmes, de l'ouest à l'est et du nord au sud, avec quelques pics autour des villes de Privas (16 réponses), Annonay (12), Aubenas (9) et Tournon (6).

Le graphique un, ci-contre, illustre un relatif équilibre dans la répartition géographique des réponses, avec toutefois une forte participation de la région nord couvrant les villes centrales de Saint-Péray et Guilhaud-Granges, la ville de Tournon et ses environs, et le bassin de la communauté de communes d'Annonay.

Nous relèverons en outre que plusieurs personnes du nord du département ont répondu



favorablement à la question 14, « seriez-vous prêt à participer à un CLSM ». Nous voyons dans le tableau quatre que seulement 23 % des répondants n'ont manifesté aucune volonté de participation à un Conseil local de santé mentale ou à l'un de ses composants. Globalement donc, 80 % des répondants sont prêts à s'engager soit dans un Conseil local de santé mentale (pour plus de la moitié d'entre eux), soit dans l'un de ses composants, soit dans l'un et l'autre, ce qui est loin d'être négligeable.

Tableau 4 : participation possible à un CLSM ou à l'un de ses composants (Q. 14).

Participation à :	Nombre de Réponses	Pourcentage de réponses
un Conseil Local de Santé Mentale	43	57 %
un Groupe de réflexion d'un CLSM	34	45 %
un RESAD / une cellule de cas complexe	32	43 %
Sans réponse	17	23 %
Autres	5	7 %

Concernant le statut des répondants, plusieurs en ont de multiples, mais en synthèse nous obtenons les données suivantes : 23 professionnels du social, 13 membres de familles de proches malades, 12 professionnels du soin, 8 professionnels du médico-social et

7 professionnels administratifs. Viennent ensuite les élus et représentants de mairie (4), les bénévoles (3), les citoyens et usagers (3), un enseignant et un professionnel de la justice.

Même si ce questionnaire a été largement relayé, ce qui est une réussite, nous pouvons regretter que certaines catégories n'y aient pas davantage répondu ; nous n'avons pas su ou pu suffisamment les solliciter dans le temps dont nous disposions, qu'il s'agisse des usagers des services de psychiatrie ou des élus locaux.

Nous n'avons pas non plus réussi à obtenir des retours de médecins généralistes, bien que ce fût l'un de nos objectifs : c'est un travail qui reste à mener dans le cadre d'un CLSM, car l'implication et les apports des médecins de première ligne nous semblent fondamentaux. D'ailleurs, le Conseil national de l'ordre des médecins met aujourd'hui l'accent sur la prise en compte de ceux-ci dans les décisions les concernant et, plus globalement, dans la démocratie sanitaire, susceptible en outre de réduire l'isolement des médecins, cf. (Esquerré, 2016).

Par ailleurs, si plusieurs représentants de la pédopsychiatrie ou de la protection de l'enfance ont participé à cette enquête, et si l'échelle des âges des répondants est globalement équilibrée, elle ne commence qu'à 23 ans (pour monter jusqu'à 79 ans).

Par contre, un grand nombre de professions du soin et du social sont représentées, ainsi que plusieurs institutions dont notamment le Département, le Centre hospitalier Sainte-Marie, des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), le Collectif 31 d'Annonay, l'UFC Que choisir, l'éducation nationale et des institutions spécialisées dans l'enfance, et d'autres encore.

III.3 Résultats.

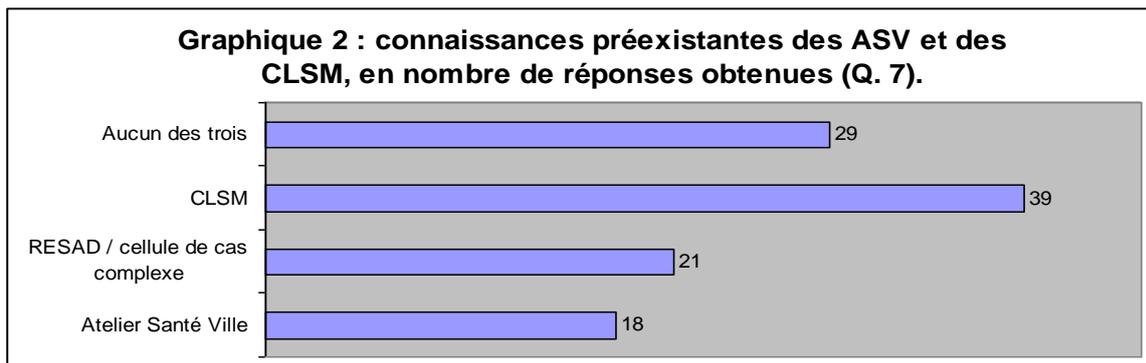
III.3.a Les mots.

Cinquante-huit personnes ont répondu à la question six, « merci d'indiquer les premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand vous entendez “ santé mentale ” ». Les résultats montrent que la santé mentale est appréhendée d'une façon équilibrée en Ardèche.

Ainsi, nous estimons que sur l'ensemble des réponses, dix-huit donnent des éléments de définitions neutres ou médicaux, dix-huit des éléments positifs, et vingt-sept des éléments négatifs. Si ces derniers ressortent donc, ils ne dominent pas pour autant. Nous pouvons observer, en particulier, que le mot qui arrive presque seul en tête est celui de « bien-être » avec quatorze occurrences. A la corde, « psychiatrie » et « psychiatrique » cumulent à eux deux quinze occurrences, puis « malade » ou « maladie » avec huit apparitions en tout, et les termes en « psycho- » cumulent six occurrences, montrant la prégnance de l'aspect médical.

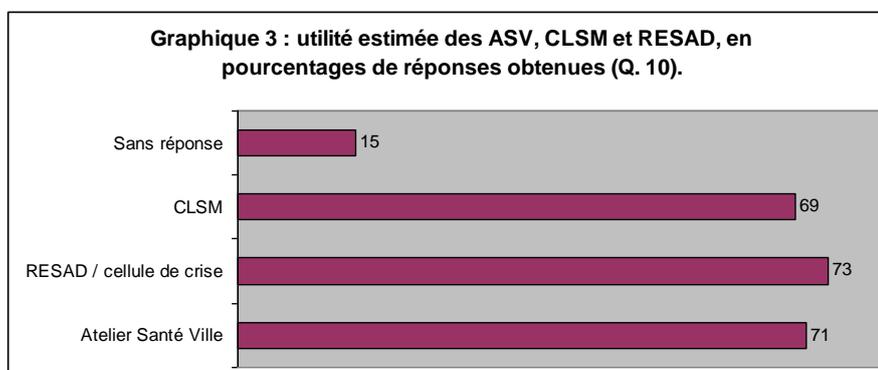
« Equilibre » apparaît quant à lui six fois, terme plutôt positif concurrencé par la « souffrance » et le ou les « troubles », cinq fois chacun. « Isolement » et « exclusion » sont présents, deux fois chacun, contre le « social » ou la « sociabilité » qui cumulent quatre occurrences. Enfin, nous noterons que le « handicap » ne survient que trois fois, tandis que la « folie » se fait presque inexistante avec une seule apparition. (Voir aussi la conclusion du point IV.1.b, ci-après, pour des éléments complémentaires).

III.3.b Connaissance des CLSM et première estimation des besoins.



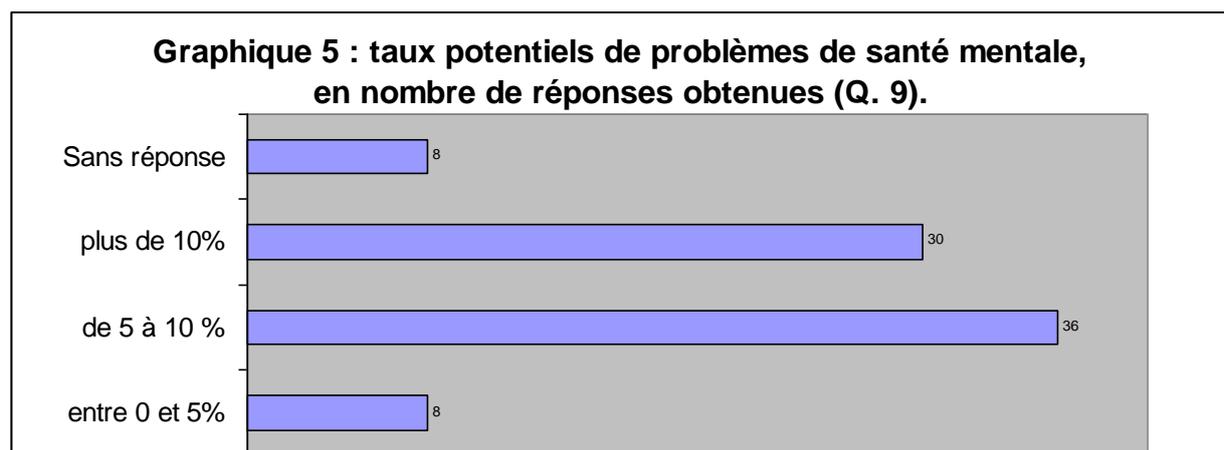
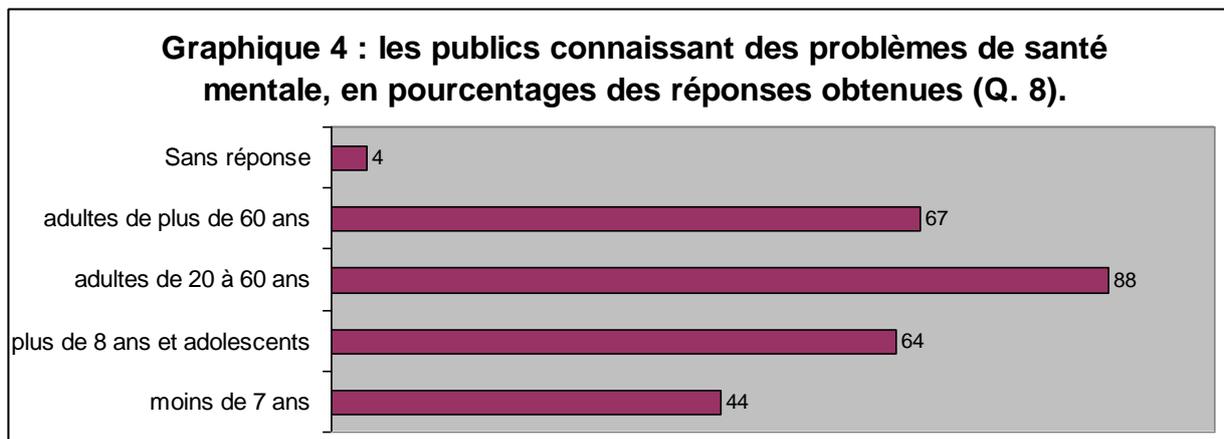
Comme l'illustre le graphique deux, vingt-neuf répondants, soit 39 % du panel, ne connaissaient aucun des trois mécanismes cités : l'atelier santé ville (ASV), le CLSM ou le RESAD/cellule de cas complexe.

En particulier, les ASV sont relativement peu connus (seulement par 24 % des répondants), tout comme les RESAD (28 %). Par contre, les conseils locaux de santé mentale sont déjà connus par trente-neuf des répondants, soit une proportion de 52 % assez bien répartis entre les fonctions et les lieux, rendant toute corrélation explicative improbable. Il y a donc une certaine connaissance déjà acquise en Ardèche de ce qu'est un CLSM et de son utilité. La question dix montre en tout cas qu'il y a un besoin ressenti et une volonté des acteurs pour développer ce type d'outils (cf. graphique trois).



Quant à une première approximation des publics concernés par des troubles de santé mentale, les réponses aux questions huit et neuf nous en offrent une image. Les graphiques quatre et cinq ci-dessous les récapitulent et nous permettent de remarquer que si les adultes de 20 à 60 ans arrivent en tête de la population la plus touchée par les soucis de santé mentale, toutes les tranches d'âges sont concernées, y compris les enfants les plus jeunes.

Avec des taux de survenance des troubles allant de cinq à dix pour cent, voire au-delà selon l'estimation de trente répondants (40 % de l'effectif considéré), la santé mentale apparaît comme un facteur central susceptible de grever la qualité de vie. Ces résultats sont loin d'être anodins, même s'ils sont partiellement biaisés par une vision sans doute plus aiguë des personnes répondantes, plus concernées que la moyenne par les troubles psychiques ou assimilés.



III.3.c Les manques et les difficultés.

Les réponses aux questions onze et douze permettent d'identifier les principales sources de difficultés repérées par les répondants. Les tableaux cinq et six les classent par ordre d'importance.

Tableau 5 : les difficultés repérées par les répondants (Q. 11).

	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses
Addictions (alcoolisme, drogues, jeux, autres)	69	92 %
Isolement / absence de lien social	62	83 %
Dépression légère ou sévère	61	81 %
Troubles du comportement	56	75 %
Suicide ou tentation suicidaire	46	61 %
Difficultés ou souffrance au travail / <i>Burn out</i>	45	60 %
Stigmatisation / discrimination	40	53 %
Insalubrité/troubles de voisinage/Expulsion	39	52 %
Troubles à l'ordre public	33	44 %
Périnatalité ou maternité problématiques	27	36 %
Problèmes mentaux en lien avec l'immigration	18	24 %
Autres	9	12 %
Sans réponse	0	0

Tableau 6 : les manques repérés par les répondants (Q. 12).

	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses
Suivi médical psychique insuffisant	54	72 %
Difficultés d'accès au travail (ordinaire)	46	61 %
Difficultés de déplacements / de transports	46	61 %
Manque de logements / de logements adaptés	42	56 %
Difficultés d'accès au travail adapté	42	56 %
Manque d'aides aux aidants	39	52 %
Suivi social ou médico-social insuffisant	37	49 %
Suivi médical physique insuffisant	33	44 %
Difficultés d'accès aux loisirs, à la culture	31	41 %
Difficultés de scolarisation / de formation	31	41 %
Difficultés d'accès aux activités sportives	26	35 %
Cadre de vie / bien-être insatisfaisant	17	23 %
Autres	5	7 %
Sans réponse	2	3 %

Même si à nouveau ces résultats doivent être relativisés de par la composition de l'échantillon des répondants, il n'en reste pas moins que quelques constatations peuvent en être tirées, qui corroborent les éléments plus globaux que nous donnions au point II.

Tout d'abord, le fait que le suivi médical psychique apparaisse comme insuffisamment développé est à mettre en lien avec la difficulté à recruter de nouveaux psychiatres et, plus

généralement, à attirer du personnel soignant et à pérenniser sur le département l'installation des professionnels du soin, en particulier pour la santé mentale.

Conjointement à ce premier point, la problématique du transport se pose, et peut être mise en parallèle avec l'existence de déserts médicaux. Les difficultés liées à la mobilité, qui risquent de se renforcer à l'horizon 2017 puisque c'est la Région qui englobera tous les transports en commun³⁰, sont aussi une source d'aggravation des autres difficultés d'accès : aux loisirs, à la scolarisation, aux soins, etc.

Ces manques ne font qu'accentuer les problèmes rencontrés sur le département, les plus prégnants semblant être les addictions, l'isolement et la dépression. Nous noterons en outre l'importance des troubles du comportement, tentations suicidaires incluses, qui, avec les addictions, peuvent concerner plus fréquemment les adolescents et la pédopsychiatrie.

Autre élément majeur, d'un côté il y a la reconnaissance d'une souffrance au travail (par 60 % des répondants) avec, d'un autre côté, la constatation d'un accès difficile à ce même travail, qu'il soit ordinaire ou adapté. Nous noterons aussi que si les pourcentages de réponses concernant le logement et les troubles à l'ordre public sont importants, ils se situent autour de la moyenne et non pas en place dominante.

Première conclusion, nous pouvons dire que les manques et difficultés qui ressortent le plus concernent autant la pédopsychiatrie que la psychiatrie adulte, appelant sans doute une meilleure coordination des deux, trop souvent séparées de façon étanche. Seconde constatation, l'isolement social, avec ses corollaires (dépression, suicide, addictions), apparaît comme une problématique centrale, mettant en jeu plusieurs paramètres dont la question du transport, celle de l'accès au soin face aux déserts médicaux, ainsi que celle de l'accès à un travail, et d'un travail qui ne soit pas source de mal-être.

Seconde conclusion, comme le récapitule le graphique trois (question dix), l'utilité d'un CLSM pour résoudre ces problèmes apparaît clairement identifiée pour une grande majorité des participants (autour de 70 %). L'une de ses premières missions devrait être la sensibilisation et la formation à la santé mentale, afin que chacun puisse mieux réagir face aux troubles psychiques³¹. Les réponses à la question treize vont dans ce sens, les taux de réponses positives allant de 49 % à 72 %³².

³⁰ Certains craignent en effet que la Région délaisse certaines modalités locales de transports, notamment en termes de transports à la demande, voire de « porte à porte », pour personnes handicapées.

³¹ Ainsi, deux commentaires sur des retours papiers : « oui aux formations non psychanalytiques », « sensibiliser à la façon de s'y prendre pour ne pas "enflammer" les situations, pas en terme de connaissance ».

³² Une sensibilisation à la santé mentale serait utile, pour les répondants, à destination : des familles pour 49 %, des jeunes pour 55 %, des familles institutionnelles et des personnels municipaux pour 63 %, des personnels éducatifs pour 64 %, de la population en général pour 71 %, et des forces de l'ordre pour 72 %.

IV. Réflexions préalables ou concomitantes à la mise en œuvre d'un CLSM.

« Un jour, ces traits se brouilleraient, il laisserait pendre sa mâchoire, il ouvrirait à demi des yeux larmoyants. Ève se pencha sur la main de Pierre et y posa ses lèvres : « Je te tuerai avant. » »

« La chambre », Jean-Paul Sartre (1939).³³

Depuis 1939, fort heureusement, la psychiatrie a fait quelques progrès. Ainsi, même s'il reste beaucoup à découvrir, et même si pour les personnes atteintes de troubles psychiques et pour leurs proches, la maladie mentale ou psychique peut être vécue comme un drame, il existe des solutions moins extrêmes que celle donnée par Sartre, toute romantique soit-elle.

Pour échapper aux positions radicales ; pour permettre à chacun de trouver l'accompagnement qu'il lui faut et, ainsi, avoir sa place dans la société ; pour accroître la qualité de vie et favoriser le développement du territoire : les CLSM peuvent être des outils innovants, riches de progrès. Toutefois, leur émergence soulève diverses questions, tout comme certaines incertitudes. Pour conclure cette étude, nous suggérons ci-après des éléments de réponse à ces interrogations et essayons d'ouvrir des perspectives d'évolution.

IV.1 Implications de la notion de santé mentale.

Chaque CLSM doit trouver son identité propre. Cependant, il existe des lignes directrices incontournables, alliant universalisme et particularisme, ainsi que la nécessité de déterminer l'équilibre entre psychiatrie et santé mentale.

IV.1.a Universalisme et particularisme.

Toute démarche politique, au sens noble du terme, reposant sur l'idéal républicain de « Liberté, Égalité, Fraternité », doit avoir comme méta-principe, selon nous, les Droits fondamentaux de la personne humaine³⁴. Il s'agit alors d'avoir pour double pivot d'action l'universalisme des droits et des devoirs communs d'une part, et la reconnaissance des particularités locales et individuelles à partir desquelles doit s'exercer cet universalisme, d'autre part.

³³ Pierre est apparemment atteint de schizophrénie ; Ève, sa compagne, se refuse à le quitter, malgré l'insistance de sa famille. Très belle nouvelle de Sartre dans un recueil qui ne compte que de grands textes, cf. (Sartre, 1939).

³⁴ En abrégé, Droits de l'Homme ; Sur l'importance de ces droits, cf. (Kolacinski, 2003a). Pour le handicap et la santé mentale, voir la Déclaration et la résolution les plus récentes des Nations Unies : (ONU, 2008, 2016).

C'est admettre que les droits et devoirs ne peuvent véritablement s'exercer que si l'on accepte l'existence d'inégalités liées pour partie à l'organisation sociétale et donc, par conséquent, le devoir pour la communauté de les compenser, à défaut de pouvoir les faire disparaître. C'est vrai de tous les handicaps, y compris ceux découlant de troubles psychiques.

Ainsi, dans le cadre qui nous occupe, une personne psychotique qui décompense a les mêmes droits et devoirs que tout un chacun, et la volonté générale (des institutions, des professionnels, des associations d'usagers – au moins pour partie) est de permettre à cette personne de se maintenir autant que possible dans le droit, le logement, les aides, le travail, etc., dits communs ou ordinaires. Si cela est rendu impossible par l'expression médicale des troubles, il s'agit de permettre l'accès à des soins adaptés. Si survient ensuite l'inégalité liée aux handicaps, à la discrimination ou à la stigmatisation associés à ces troubles, il faut pouvoir lutter contre et recourir à des compensations spécifiques : allocations (AAH, PCH), accompagnements sociaux (SAVS, SAMSAH) ou professionnels (ESAT, EA), logement adapté (résidence accueil et autres), etc.³⁵

Un CLSM, dans ce contexte, est un outil qui vise à faciliter l'inclusion dans la société des personnes souffrant de troubles psychiques et, par extension, qui peut œuvrer à l'amélioration de la santé mentale pour tous sur son territoire, deux objectifs majeurs du Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015, cf. (Haut conseil de santé publique, 2016).

IV.1.b Psychiatrie et santé mentale.

Des réserves existent sur la notion de santé mentale dont nous avons donné, en introduction, la définition de l'OMS. Patrick Chaltiel, dénonce le danger de cette « santé mentale positive », un CLSM « détaill[ant] » s'il « se préoccupe du bien-être et du bonheur » (ESPT & CCOMS, 2012, p. 57). Besançon & Jolivet (2009 et 2011) craignent la disparition de la psychiatrie dans ce concept fourre-tout, potentiellement vide de la notion de soin (2009, p. 146). De même, Jean-Luc Roelandt pense qu'il est essentiel que la psychiatrie soit clairement représentée et entendue dans un CLSM, au risque sinon d'être marginalisée.

³⁵ Ces questions rejoignent celles des « capacités de base » ou « fonctionnements » dans le langage onusien (les *capabilities* d'Amartya Sen) qu'il faut pouvoir garantir à tous pour leur permettre d'exercer leurs libertés négatives comme positives. Débat d'autant plus intéressant à mener dans le domaine de la psychiatrie (avec le déni de la maladie, les attitudes internes au microcosme familiale ou des institutions dédiées, les soins sans consentement, les hospitalisations sous contraintes, etc.), mais ce n'est pas le propos de ce mémoire qui a des contraintes de dimension. Nous laisserons donc ces questions de côté, en précisant toutefois qu'une liberté positive est « ce qu'une personne, toutes choses prises en compte, est capable, ou incapable, d'accomplir » et qu'une liberté négative est « l'absence d'entraves à la liberté, entraves qu'un individu peut imposer à un autre (ou encore que l'Etat ou d'autres institutions peuvent imposer à des individus) », cf. (Sen, 1991, p. 8, qui reprend à son compte les analyses d'I. Berlin) ; voir aussi (Sen, 1993a, b) et (Kolacinski, 2001).

Il n'en reste pas moins que Jean-Luc Roelandt (2010) précise que « [l]a psychiatrie est l'affaire des équipes de psychiatrie. La santé mentale est une question de santé publique, c'est donc l'affaire de tous. On ne peut dissocier ces deux parties. Depuis 50 ans, a été confié à la psychiatrie seule (et malheureusement seule) l'ensemble de la question de la santé mentale : prévention, post-cure, réadaptation et soins. Or, cette question ne peut se concevoir qu'avec la participation de toute la société et de la médecine dans son ensemble : soins de santé primaire, logement, travail et insertion, loisirs, familles et environnement social, justice et police. [...] Or, tous ces problèmes qui touchent au « vivre ensemble » sont des problèmes politiques par excellence. Les politiques sociales menées ont des conséquences sur la santé et donc sur la santé mentale. » (p. 779 et 781).

Besançon (2007) et Besançon & Jolivet (2009 et 2011) proposent une expérience concrète et un modèle théorique de « psychiatrie citoyenne » concernant tous les citoyens sans exclusive, plus proche donc de la santé mentale que d'une psychiatrie pure et dure.

Quant à Patrick Chaltiel, participant au Contrat local de santé (CLS) de Bondy, précise que l'un des « étages » de la fiche d'actions sur la santé mentale de celui-ci est un « groupe interface » qui a « pour thème la souffrance psychique et les situations de détresse psycho-sociale. Le sujet est donc assez large et ne concerne pas uniquement la psychiatrie. »³⁶.

En fait, il s'agit surtout de ne pas perdre de vue, d'une part l'importance de prendre en compte en priorité ceux qui sont potentiellement les plus faibles, les plus précaires ou les plus stigmatisés (les malades mentaux/psychiques) et, d'autre part, de redonner une place à la psychiatrie dans la communauté, place difficile à occuper de par la stigmatisation des patients et des soignants, comme de par les contraintes budgétaires ou sécuritaires trop souvent dans l'air du temps et dans l'affichage politique. Et en effet, il est indispensable de « normaliser » la psychiatrie tout en la rendant plus solide, et il est évident qu'un CLSM ne peut être pertinent sans un engagement fort de la psychiatrie³⁷.

Cette dernière ne doit donc pas disparaître dans des préoccupations politico-sanitaires et sociales trop largement définies. Mais elle ne doit pas non plus adopter une position

³⁶ Cf. (ESPT & CCOMS, 2012), dont nous pouvons ajouter l'extrait suivant, tant cette expérience nous semble bonne à suivre : « Les principes de fonctionnement en interface sont les suivants : il n'est pas de spécialiste de la détresse psycho-sociale ; toute situation de détresse doit être accueillie là où elle se présente – urgences, commissariat, services sociaux, associations – et non éconduite ou réorientée. Le concept d'accueil ne se limite pas au sourire et à la poignée de main, mais au fait de laisser entendre à la personne qu'elle a frappé à la bonne porte et non à la mauvaise, comme on le lui dit d'habitude ; un partenariat actif sera recherché en présence de la personne concernée avec un professionnel d'un autre champ, afin d'éviter les impasses, l'épuisement professionnel et les processus d'auto-exclusion conduisant à l'abandon [...] » (p. 51).

³⁷ Définissable comme les structures et personnes qui exercent « la spécialité médicale qui aborde et traite tous les troubles du fonctionnement psychique de l'être humain et la souffrance qui en découle, quels qu'en soient les causes, l'âge, le sexe et les conditions sociales » (Besançon & Jolivet, 2009, p. 146 ; 2011, p. 16).

hégémonique où le psychiatre, psychanalyste ou pas, voudrait tout expliquer à lui seul comme le font des religieux ou des scientifiques d'autres disciplines. Il convient, en outre, d'admettre que la psychiatrie est aussi une science sociale qui a toujours eu une dimension socioculturelle et politique³⁸ ; (voir (Stein & Illes, 2015), ainsi que l'historique de la psychiatrie de (Besançon & Jolivet, 2009, pp.17-48, 146-147), et les propos introductifs de (Roelandt, 2010)).

Par ailleurs, si parmi les déterminants sociaux de la santé mentale se trouvent, entre autres, « la pauvreté, la violence, le racisme, les locaux abandonnés, le manque d'espaces verts et la mauvaise qualité de l'air et de l'eau », il est possible de constater que des personnes sans troubles avérés peuvent se trouver dans une situation de santé mentale précaire et fragilisées par certaines politiques sociales, cf. (St-Pierre, 2016, p. 2-3).

Pour reprendre la crainte de P. Chaltiel, il ne s'agit pas pour autant de prétendre qu'un CLSM peut faire le bonheur des gens, ce qui en soit n'aurait aucun sens³⁹. Par contre, un conseil local de santé mentale est un outil de démocratie sanitaire, qui peut légitimement interroger : d'une part, les pratiques psychiatriques pour éviter leurs possibles dérives (associées par exemple à la privation de liberté ou à la maltraitance) ; d'autre part, les décisions politiques et économiques qui impactent la santé de la population.

Revendiquer la santé mentale telle que définie par l'OMS, signifie pour un CLSM d'acter deux choses non-exclusives l'une de l'autre : la psychiatrie doit s'ancrer dans la communauté pour garantir l'accès au soin pour tous, libre et sans discrimination ; la réduction de la souffrance psychosociale est un objectif sociétal qui dépasse la seule psychiatrie.

Les réponses obtenues à la question n° 6 de notre enquête, dont celles que nous citons ci-dessous, vont dans cette double direction, toutes les catégories de répondants ayant identifié deux axes majeurs de la santé mentale : le bien-être et l'équilibre d'une part, l'accès aux soins psychiatriques ou psychologiques d'autre part. Ainsi, la santé mentale est autant, pour nos répondants, « se sentir vivant et désirant », dans un « état dit d'équilibre qui permet à la personne d'être au mieux au sein de son environnement de vie, relationnel et autres », dans un « bien-être en étant équilibré tant d'un point de vue physiologique que psychologique » ;

³⁸ D'une part, les problèmes mentaux auxquels la psychiatrie tente de répondre découlent pour partie de la biologie et pour partie de l'environnement social ; ils ne peuvent donc pas se penser uniquement en termes médicaux. D'autre part, la « folie » ayant une dimension sociale et politique, la psychiatrie s'est inscrite dans ces dimensions ; nous prendrons comme exemple, caricatural peut-être mais significatif, le psychiatre états-unien Samuel Cartwright qui, en 1851, expliquait dans ses articles scientifiques, que la fuite des esclaves des plantations résultait d'une pathologie psychique spécifique, la drapétomanie, le fouet étant alors thérapeutique...

³⁹ « Un gouvernement libre est un gouvernement qui ne fait point de mal aux citoyens, mais qui au contraire leur donne la sûreté et la tranquillité. Mais il y a encore loin de là au bonheur, il faut que l'homme le fasse lui-même » (Stendhal, 1822, ch. « De l'amour aux Etats-Unis »). La recherche du bonheur est un droit de liberté, comme dans la Déclaration d'indépendance des Etats-Unis d'Amérique de 1776 ; le bonheur lui-même ne peut en être un. Par contre le bien-être entendu comme qualité de vie est un indicateur utilisable, nous y reviendrons.

que la source, si défaillante, de « souffrance », d'« isolement », d'« exclusion », de « troubles du comportement, autisme, dépression, angoisse, phobie, scarification, idées suicidaires » ; nécessitant un « accompagne[ment] [d]es personnes qui souffrent de maladie psychiatrique » par une « prise en charge » par le « réseau », l'« EMPP », le « CMP ST-Marie » et l'« hôpital psychiatrique », malgré la « pénurie de soins » et le « retard français » en la matière.

IV.2 La démocratie sanitaire.

La démocratie sanitaire⁴⁰ repose sur deux piliers : d'une part, le droit individuel des patients, incluant le droit à l'information et à la participation aux choix thérapeutiques, et d'autre part, la participation des citoyens aux choix collectifs en matière de santé, à l'échelle locale comme nationale, cf. (Roelandt, 2002, p. 11).

Concernant le second volet, les modalités de la démocratie sanitaire en France sont quelques peu contestées, car elles apparaissent trop dépendantes du bon vouloir de l'Etat, notamment concernant l'agrément des associations représentatives⁴¹. Pour le premier volet, la spécificité de la psychiatrie peut rendre problématique la participation (et, pour certains, le respect des droits) des personnes, du moins si l'on ne s'en donne pas les moyens.

Toutefois, dans le cadre d'un CLSM, ces deux considérations ont une moindre importance. Certes, il faut pouvoir développer la participation des usagers de la psychiatrie, ce qui nécessite certaines conditions sur lesquelles nous reviendrons dans le point suivant. Mais un CLSM a une liberté de manœuvre suffisamment grande pour accueillir toute personne ou association de son territoire, sans contrainte législative. Ainsi, par exemple, la charte du CLSM de la ville de Grenoble précise que celui-ci « est ouvert aussi bien aux professionnels et aux bénévoles, qu'aux participations de citoyen en son nom propre ».

⁴⁰ Voir notamment les sites de l'association Schizo-oui, de l'ARS, du CISS (dernières visites juillet 2016) : [<http://www.schizo-oui.com/schizophrenie/democratie-sanitaire>], [<http://ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0.html>], [<http://www.leciss.org/abecedaire-democratie-sanitaire>].

⁴¹ Ajoutons qu'il peut y avoir aussi des malentendus ou des concurrences entre associations. Par ailleurs, les bénévoles, en nombre restreint, étant fortement sollicités et s'engageant pour une cause bien définie, ne souhaitent pas représenter tous les handicaps, toutes les maladies, et considèrent que « le leur » est trop spécifique, ce qui est particulièrement vrai en psychiatrie, le handicap psychique étant très mal appréhendé (y compris par certains représentants d'usagers). Même si ces réticences sont légitimes, nous pensons que les vécus sont assez proches sur certains aspects pour que - **avec concertations et formations adéquates** - les uns puissent représenter les autres et réciproquement, et raisonner en « pool » d'associations compétentes en matière de système de santé. Un représentant d'usagers doit défendre les droits de ceux-ci, quels qu'ils soient. Par exemple, les différences entre la mère d'un enfant autiste et celle d'un enfant schizophrène sont parfois minces quant à leurs vécus (d'ailleurs, des diagnostics précoces peuvent évoluer dans un sens ou dans l'autre concernant ces pathologies). De même, est-il indispensable d'avoir eu un cancer ou un trouble psychique grave pour connaître la souffrance et pour défendre un système de santé plus humain et efficace ? Si je cite le cancer, ce n'est pas par hasard : les personnes atteintes ont été l'objet de discrimination tant qu'on les croyait contagieuses, et encore aujourd'hui un tel diagnostic est souvent vécu comme un drame, au même titre que celui d'un trouble psychique grave, et entraîne parfois les mêmes ruptures et difficultés socioprofessionnelles ou affectives.

Par ailleurs, la démocratie sanitaire au sein d'un CLSM est une démocratie participative. Elle peut avoir pour missions de veiller au respect des droits, et de valoriser la prise en compte de la santé mentale de tous dans l'élaboration des politiques publiques.

Par conséquent, le principal danger qui reste et dont il faut avoir conscience, c'est celui associé au NIMBY : *not in my backyard* (pas dans mon jardin), expression qui signifie le refus des habitants de voir s'installer chez eux telle ou telle structure, activité ou population, sans avoir pour s'y opposer que des arguments peu raisonnés, voire purement égoïstes.

Pour éviter cet écueil, il faut lutter contre la stigmatisation, faire un effort de formation des citoyens et de leurs représentants (politiques et associatifs), et faire valider comme préalable à toute participation à un CLSM l'objet même de la démocratie sanitaire : œuvrer pour l'amélioration de la santé de tous, sans exclusion et sans discrimination. Puis, autant que faire se peut, montrer qu'un CLSM est ainsi source d'enrichissement pour tous.

Encadré 2 : un cas concret d'intervention citoyenne, « les patients de Racamier ».

Le redécoupage du territoire de santé mentale a permis la découverte, par les principaux décideurs, de la spécificité de l'hôpital de jour Paul-Claude Racamier situé à Guilhaud-Granges (Ardèche). Cette commune passe sous l'autorité de l'Hôpital Le Valmont, dans la continuité du bassin de vie valentinois (Drôme).

Cet hôpital de jour a une particularité : il a toujours accueilli des patients des deux départements dans le cadre d'une spécialisation, celle du traitement de la pathologie dépressive, par des méthodes douces, notamment la balnéothérapie.

Les patients de cette structure se sont mobilisés pour empêcher que cette spécialisation ne disparaisse. Ils ont fondé, début 2016, une association qui aurait toute sa place au sein d'un CLSM - à créer - sur le bassin de la communauté de communes Rhône-Crussol (Ardèche).

A notre connaissance, cette association, dont le nom complet est « Patients, Usagers et Défenseurs de Racamier », a vocation à disparaître une fois son objectif atteint (le maintien de cette spécificité du soin de la dépression). C'est regrettable, mais peut-être perdurera-t-elle sous une autre forme. Elle illustre, en tout cas, le fait que des représentants d'usagers peuvent émerger dans le champ de la santé mentale à partir du terrain.

Si un CLSM avait été opérationnel, il aurait pu et dû être le lieu d'un débat constructif autour de cette thématique, car les questions soulevées sont loin d'être évidentes : mise en œuvre du redécoupage et information des patients/usagers, des salariés et de la population ; prise en compte de l'avis des citoyens, des patients/usagers et de leurs représentants dans la construction en amont de ce redécoupage ; pertinence ou pas d'un hôpital de jour dédié

– (sachant que la dépression est clairement identifiée comme une difficulté majeure par 61 % de nos répondants) – ; peut-on envisager d’avoir une autre structure dédiée ? Un hôpital de jour devant pouvoir accueillir plusieurs pathologies, existe-t-il une solidarité entre personnes souffrant de pathologies différentes ? Quels sont les liens (à construire ?) entre le CMP et l’hôpital de jour qui se trouvent côte à côte ? *Quid* de l’évaluation des structures existantes, de leur efficacité thérapeutique et autres⁴² ? Etc.

IV.3 Stigmatisation et participation des usagers de la psychiatrie.

Dans le cadre de la démocratie sanitaire, l’importance est donc de faire participer les citoyens, aussi largement que possible, sans perdre pour autant l’objectif même de cette démocratie sanitaire : l’amélioration des parcours de vie et de soins des personnes en souffrance. Pour qu’un CLSM gagne en crédibilité et en pertinence, il faut donc qu’il inclue fortement les personnes et leurs représentants locaux, ce qui ne va pas sans poser question⁴³.

IV.3.a La participation des usagers de la psychiatrie.

La participation des personnes est indispensable à la fois pour comprendre l’ensemble des problématiques, renforcer la viabilité des actions menées⁴⁴, et contribuer à la déstigmatisation des citoyens touchés par des troubles psychiques. Cependant, l’intégration des usagers de la psychiatrie pose des difficultés, et les attentes et projections que les uns et les autres peuvent en avoir sont parfois sources d’échecs, cf. (Autès, 2014).

⁴² Il y a une réelle lacune d’évaluation dans ce domaine en France, avec paradoxalement une forte pression mise sur les institutions pour qu’elles s’appliquent un « principe de résultat » bien souvent uniquement sur des considérations de baisse des coûts. Nous savons par ailleurs – les études internationales le montrent – que soigner correctement la dépression (et plus globalement les troubles psychiques) est rentable pour la société ; en outre, la concentration/spécialisation que l’on impose dans d’autres domaines (maternité, chirurgie, etc.) serait peut-être profitable ici aussi ? L’hôpital de jour Racamier (qui pourrait changer de dénomination pour devenir un « centre référent dépression », pourquoi pas ? Quitte à ouvrir un vrai hôpital de jour à côté) a des résultats plutôt satisfaisants, s’il l’on en croit les informations données par les représentants des patients : deux ans en moyenne pour soigner une dépression sévère. Malgré tout, n’est-ce pas légitime aussi de s’interroger sur les besoins des personnes porteuses d’autres pathologies, privées d’accès à un hôpital de jour de proximité ? A évaluer...

⁴³ Nous évoquerons très rapidement le secret professionnel et le secret partagé, bien qu’il s’agisse d’une vraie problématique ; pour nous toutefois, en ce qui concerne les RESAD, dès lors que les personnes concernées sont clairement informées et associées au processus, ce problème est moins prévalant. Par ailleurs, un projet de décret sur le partage d’informations entre professionnels est en cours d’examen par le Comité national de l’organisation sanitaire et sociale au moment où nous écrivons (juillet 2016) ; attendons de voir ce qui va en sortir...

⁴⁴ « Sous l’angle des enjeux de santé mentale, la participation permet de répondre à la question de la pertinence, d’efficacité et de crédibilité des actions et interventions. La pertinence des actions sera d’autant meilleure qu’elle aura su prendre en compte les attentes et besoins de la population ciblée. L’efficacité des actions sera favorisée par la contribution, l’action des citoyens-usagers. Cette contribution pourra se faire dans le cadre des consultations sur les questions à traiter, ainsi qu’à l’analyse des constats. La crédibilité sera augmentée par l’effet de participation qui augmente la confiance dans les institutions » (Felten, 2015, p. 17).

Suivant la recommandation 6 du rapport de Claire Compagnon (2014, p. 55) et les recommandations du CCOMS (2014a, p. 27), la loi du 26 janvier 2016 favorise la concertation des professionnels, des usagers et des aidants.

Dès lors, il apparaît impératif d'inclure les personnes concernées et leurs associations dans les CLSM, ce qui implique d'en prendre soin, notamment en prévoyant une procédure claire d'invitation à participer, et d'inclure simultanément plusieurs représentants d'usagers. Le délai de prévenance devrait être d'au moins quinze jours avant toute réunion ou rencontre, et devrait s'accompagner d'une écoute et d'un encadrement de la personne (rappel téléphonique ; contact avec les accompagnants de la personne, aidant ou professionnel) afin qu'elle puisse intervenir dans les meilleures conditions au sein du CLSM. Il ne s'agit donc pas d'envoyer un simple courrier sans suite, source potentielle de stress... De plus, la préparation en amont des autres participants à la présence des « usagers » est aussi souhaitable.

La nécessité d'une charte – de préférence de taille réduite mais claire et rigoureuse – incluant notamment la notion de confidentialité et de secret partagé devrait être un automatisme ; les citoyens et leurs représentants associatifs y sont soumis comme les autres. Dans les CLSM où cela est devenu une habitude, la personne « usagère » est vue comme un collègue, au moins à cet égard⁴⁵. Une bonne idée qui pourrait être reprise est celle du CLSM de Valence qui consiste à placer la charte en préambule sur la feuille d'émargement, afin de la rappeler à chacun au début de toute réunion.

Enfin, il convient de définir ce qui est attendu de la participation des usagers (Chambon, 2015). C'est d'abord au nom de la démocratie sanitaire que les usagers ont leur place dans les CLSM ; dans cette logique, ils sont d'abord des citoyens, particulièrement concernés et informés sur la question de la santé mentale, et dont certains veulent une remontée de terrain. Peut ainsi être attendue une participation évaluative où l'utilisateur, de par son vécu, peut témoigner et être vecteur d'amélioration de la qualité des services sanitaires ou médico-sociaux. Autre élément d'attente, celle, thérapeutique ou sociale, de l'exercice par la personne d'une fonction politique, citoyenne, outil de recalibrage de relations *a priori* inégalitaires (soignant-soigné, éducateur-suivi, sachant-ignorant).

IV.3.b Quelle représentativité ?

Le problème est de trouver les « bons représentants au regard de caractéristiques a priori objectivées » (Chambon, 2015), mais cela est-il possible, voire réellement souhaitable ?

⁴⁵ Comme nous en a témoigné la coordinatrice des CLSM du 3^e et 8^e arrondissement de Lyon, ainsi que le président du GEM Arlequin, M. Masset.

Par ailleurs, il y a un manque flagrant de représentants associatifs, y compris et en particulier en Ardèche. Comment résoudre ces écueils ?

En ce qui concerne le premier, il y a, *a minima*, la nécessité de la prise de recul : « si vous êtes envahi par votre situation personnelle, vous ne pouvez pas être un représentant efficace », comme en témoigne Brigitte Delphis, représentante de l'UNAFAM dans plusieurs CLSM, cf. (Guardiola, 2016, p. 25). De même, le rétablissement, la stabilisation des symptômes ou, pour le moins, la conscience de ses propres limites, semble un préalable nécessaire à la participation.

La personne doit être en mesure de représenter les autres et non uniquement sa propre situation. D'où l'importance d'une cooptation préalable de ses pairs, ce qui peut se faire au sein d'un GEM par exemple, tout comme d'un ESAT ou d'une résidence accueil où les représentants des travailleurs ou des locataires au Conseil de la vie sociale (CVS) peuvent jouer ce rôle. Solliciter les usagers des services directement concernés, mais aussi l'ensemble des citoyens, nous semble un moyen de lutter contre la pénurie de représentants associatifs⁴⁶. Faire la promotion du CLSM et favoriser son ouverture large vers les usagers, sont deux démarches essentielles pour obtenir une participation active aux débats, décisions et actions menées (Joan, 2016).

D'autant plus qu'il y a une utilité à avoir plusieurs représentants d'usagers, ceux-ci pouvant s'aider et se tempérer réciproquement. Difficile sans doute d'être porte-parole quand on est atteint de mutisme ou, à l'inverse, de logorrhée. Il faut aussi être prêt à jouer un tel rôle politique ; les associations – y compris les GEM – peuvent être les moteurs d'une prise de conscience citoyenne, et favoriser la formation de leurs adhérents. Mais cela ne pourra se faire qu'avec l'appui des acteurs politiques, sanitaires, sociaux et médico-sociaux⁴⁷.

L'Ardèche manque de représentants associatifs en santé mentale. Toutefois, il y a une volonté des acteurs locaux pour développer cette représentativité. Ainsi, des citoyens d'Annonay ont pour projet la création d'un GEM ; l'hôpital Sainte-Marie, par le biais de son pôle de réhabilitation et dans le cadre du programme « Culture et Santé », soutient le projet de plusieurs personnes qui souhaitent créer une association culturelle ; l'IREPS Sud Ardèche effectue un travail proche de celui d'un CLSM, notamment en termes de concertation et

⁴⁶ A cet égard, l'exemple du CHU d'Angers et de sa méthode de recrutement de citoyens pour participer à l'élaboration de son projet d'établissement, est remarquable, cf. (Bubien, Rénier & Tréguenard, 2013).

⁴⁷ N'oublions pas toutefois que si la France a un fort tissu associatif, parallèlement son taux de syndicalisation ne dépasse pas les 8 %, son taux d'adhérents aux partis politiques ne dépasse pas 1 %, et l'abstention électorale s'accroît d'année en année. Pourquoi demander plus aux malades, et aux malades psychiques en particulier, qu'aux autres citoyens ? Par ailleurs, le problème de l'absence de prise en charge des frais pour les représentants des publics vulnérables, eux-mêmes souvent démunis, est aussi un frein non-négligeable à l'engagement.

d'interconnaissances des professionnels ; le Collectif Ardèche Handicap, qui regroupe tous types de handicaps, peut s'appuyer sur ses bénévoles. L'UNAFAM de l'Ardèche, bien qu'ayant un nombre restreint de bénévoles pour couvrir l'ensemble du territoire, s'y efforce, et soutient ces différentes initiatives et d'autres encore. Elle tâchera de répondre aux sollicitations pour accompagner l'émergence de CLSM sur le département.

IV.3.c La lutte contre la stigmatisation : enjeu majeur d'un CLSM.

Parmi les réponses à la question n° 11 de notre questionnaire, les difficultés liées à la discrimination et à la stigmatisation ressortent de façon significative pour 53 % des répondants, et sont sans doute un facteur d'aggravation des autres difficultés rencontrées. Or, pour que l'inclusion des usagers de la psychiatrie soit pleinement opérationnelle, dans le CLSM comme dans la communauté, il y a nécessité à lutter contre la stigmatisation dont ils sont victimes, autant de la part de la société en général que de certains professionnels opérant dans ce champ, eux-mêmes pourtant victimes parfois de cette stigmatisation.

La participation de tous sur un pied d'égalité porte en elle une déstigmatisation concrète et la possibilité de normaliser la psychiatrie dans la communauté⁴⁸. Un CLSM peut, pour ce faire, outre de réunir les acteurs, leur proposer des mécanismes de formations et mettre en œuvre diverses actions d'éducation à la santé, de prévention et de sensibilisation (pour répondre aux attentes exprimées dans les réponses à la question n° 13 de notre enquête). Cela peut se faire dans le cadre des SISM ou en dehors, sur les modèles déjà existants ou d'autres à inventer.

IV.4 De quelques craintes à faire reculer.

Si les indications données par les résultats de notre étude (Q. 10 et Q. 14) montrent qu'une majorité est prête à s'engager dans les outils proposés, les localités et professionnels peuvent hésiter à se lancer dans un CLSM. Deux arguments nous ont été donnés à ce sujet, au cours d'entretiens préalables à notre enquête : l'accroissement du millefeuille administratif et le détournement d'un temps de travail, au détriment des personnes suivies.

IV.4.a Les CLSM, couche supplémentaire de technocratie ?

L'empilement des niveaux hiérarchiques par création de nouveaux outils sans suppression des anciens est, bien évidemment, un écueil possible. Telle n'est pas la vocation

⁴⁸ Sur l'ensemble des questions ici abordées, le lecteur trouvera des exemples riches, relatifs notamment à la participation des usagers de la psychiatrie, y compris aux processus d'évaluation, dans (CCOMS, 2014b).

du CLSM qui est une façon de rassembler, avec les usagers, les citoyens et leurs associations, sur des temps et des thèmes spécifiques, les institutions et structures existantes, dès lors que ces temps n'existent pas déjà. Deux points pourraient alors caractériser un CLSM :

- le CLSM est une façon de réunir les énergies et les bonnes volontés éparses ; il s'agit donc d'une méthode pour éviter les doublons en mutualisant les réflexions et en partageant les bonnes pratiques ;
- le CLSM a une forme souple qui repose avant tout sur l'implication des élus locaux, représentants de tous les citoyens, tous potentiellement usagers des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Méthode d'expression, donnant la parole aux acteurs de terrain, un CLSM ne peut pas être une structure bureaucratique figée.

IV.4.b Les CLSM, réunions additionnelles mangeuses de temps ?

Les professionnels participant au CLSM peuvent estimer que cela est une perte de temps, empiétant sur leurs heures de travail passées auprès des personnes. C'est une appréhension que l'on peut nourrir à propos de toutes les réunions. Le manque de personnels dans certains établissements, faisant disparaître les temps de synthèse pourtant indispensables, n'aide d'ailleurs pas à la création de nouveaux lieux de concertation. Notons toutefois qu'il y a, en dehors des élus et des citoyens, deux grandes catégories d'acteurs mobilisables dans chaque domaine concerné par le CLSM.

Ce sont en premier lieu les cadres, directeurs, chefs de service ou autres dirigeants des structures, qui ont une place naturelle au sein des CLSM de par leur pouvoir décisionnaire, et dont le temps passé en réunion n'empiète pas sur l'accompagnement des personnes.

Cependant, l'idée est aussi de trouver dans chaque structure, localement, une personne ressource qui pourra faire le lien et nourrir le partenariat avec les autres intervenants du CLSM. Un éducateur, un instituteur, un policier, etc. motivé par la problématique de la santé mentale sur son territoire d'intervention, doit pouvoir, mieux qu'un dirigeant, rapporter et faire comprendre ce qui se passe réellement sur le terrain. Il faut encourager l'émergence de la base pour aller au CLSM et en faire retour à ses collègues. Il y a donc possibilité de mobiliser à tour de rôle plusieurs intervenants, ce qui est d'ailleurs souhaitable en fonction des sujets traités, et non pas de faire venir systématiquement toujours les mêmes personnes⁴⁹.

Par ailleurs, même sans se réunir à haute fréquence, un CLSM peut permettre une meilleure coordination et, partant, une meilleure efficacité des services existants. D'où un

⁴⁹ Remarque loin d'être anecdotique, il faut aussi au sein d'une même structure prévoir ces « tours de rôle », pour éviter les « jalousies » des collègues qui peuvent stigmatiser ceux d'entre eux qui participeraient au CLSM.

gain de temps appréciable à terme, y compris d'un point de vue strictement budgétaire. Par ailleurs, nous pouvons noter qu'une fois un CLSM rôdé, il arrive souvent que des actions conjointes soient menées par les acteurs en dehors des CLSM, mais qui n'auraient jamais vu le jour si ces acteurs ne s'étaient pas connus *via* le CLSM.

Un CLSM peut offrir aux professionnels un espace de recul, de réflexion et de formation continue, ainsi que des solutions pour les personnes, leur permettant de se sentir moins isolés⁵⁰. Le travail en RESAD peut amoindrir l'usure des professionnels et favoriser la solidarité entre eux, tout en étant propice à une meilleure vue d'ensemble du parcours de vie des usagers, cf. (Mourez, 2014). Cela peut renforcer les professionnels, qui seraient alors moins enclins à subir les effets dévastateurs des situations de harcèlement moral et de *burn out*.⁵¹

IV.5 Organisations innovantes : quelques pistes de réflexion.

Comment promouvoir la santé mentale en Ardèche ? Les CLSM peuvent ancrer des pratiques favorables à un meilleur accès aux soins psychiatriques pour tous sur l'ensemble du département. Le premier manque repéré par les répondants à notre enquête est le suivi médical psychique qui s'avère insuffisant (Q. 12, voir tableau 6). La pénurie de psychiatres du côté ardéchois est un problème qui ne va pas forcément en s'arrangeant dans l'état actuel du redécoupage territorial. Nous indiquons dans la suite plusieurs points allant dans le même sens : comment attirer de nouveaux praticiens et étendre l'accès aux soins ?

IV.5.a La promotion de la réhabilitation, du rétablissement et de l'empowerment.

Tout d'abord, la promotion des trois concepts qui montent en puissance aujourd'hui dans l'évolution des pratiques psychiatriques, nous semble essentielle. Ce sont ceux de la réhabilitation, du rétablissement et de l'empowerment. Notions intimement liées qui pourraient être les objets phénoménologiques, à la fois moyens et buts, de la démocratie sanitaire en santé mentale. Un CLSM serait alors un lieu privilégié pour diffuser ces concepts et les appliquer, d'une part en incluant en son sein des usagers et leurs représentants ; d'autre part, en étant promoteur de projets visant le rétablissement.

⁵⁰ Le partenariat actif, notamment avec la psychiatrie, peut réduire les risques d'épuisement et de souffrance professionnels des travailleurs sociaux, cf. (Direction générale de la Santé, 2005).

⁵¹ Mais peut-être avons-nous là une vision idyllique du CLSM ; notons toutefois, sur les relations inter-institutions, les propos de Félicia Simeon de Buochberg, psychiatre et responsable de secteur à Lyon, qui précise que les CLSM ont changé sa pratique. Elle indique notamment que « cela permet, lorsqu'on se retrouve autour d'une situation particulière, de bien cerner les attributions et les limites de chacun, sans se rejeter les responsabilités ni vivre les choses sur un mode persécutoire. » (Guardiola, 2016, p. 24).

La réhabilitation en Ardèche s'adosse sur le centre référent REHACOOR42 de Saint-Etienne. Elle est portée sur le département par le Dr Franck Giraud et son équipe (au sein du Centre hospitalier spécialisé de Privas). Le service de réhabilitation psychosociale a vocation à développer l'extra-hospitalier et la mise en œuvre de l'intervention la plus précoce possible des processus de réhabilitation⁵². La valorisation de la réhabilitation extra-hospitalière passe par le développement de l'accueil familial thérapeutique, la création d'appartements accompagnés, le renforcement du travail des équipes mobiles de précarité (CHS Sainte-Marie de Privas, 2015, p. 18-19).

La notion de rétablissement⁵³ s'appuie sur une revendication d'un système de soins plus proche des besoins et des espoirs des patients. Le rétablissement est un processus visant à vivre après ou avec sa maladie/ses troubles/son handicap. Le rétablissement est un mécanisme d'adaptation positive, permise notamment par la valorisation de l'expérience du patient et de l'entraide entre pairs. Le but est la rémission médicale et le rétablissement social dans le respect des choix de la personne.

L'empowerment, que l'on peut traduire par des expressions telles que « appropriation du pouvoir » (Roelandt, 2002, p. 18) ou « autonomisation », est un processus qui consiste à reprendre le contrôle de sa vie, à commencer par son parcours de soins. Il semble donc difficile de construire un processus de rétablissement sans favoriser une (re)construction d'un empowerment de la personne. Au-delà, « L'empowerment est un mouvement d'émancipation. [...] C'est sur une revendication à l'accès aux droits reconnus qu'est posée la question de la dignité et du respect, la question d'être fier, de la fierté d'être reconnu comme une personne à part entière, comme un homme ET un citoyen. C'est pourquoi l'empowerment en santé mentale est fondamentalement adossé aux principes des Droits de l'Homme. “ Rien à notre sujet sans nous ! ” » (Deutsch & Dutoit, 2015).⁵⁴

⁵² « Du point de vue des personnes, il s'agit notamment [de] : Renforcer les compétences préservées et réduire les symptômes négatifs de la maladie, Favoriser l'autodétermination et la capacité à agir des personnes, Atténuer les effets de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation, Soutenir l'entourage et l'environnement direct de la personne. Parallèlement, et dans un objectif inclusif, un travail de réseau est également mis en œuvre afin de : Structurer les filières de prise en charge d'aval à partir d'un réseau d'acteurs diversifiés ; Améliorer l'articulation des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales ; Développer des opportunités d'insertion pour ces personnes ; Expérimenter ensemble de nouvelles modalités de travail à partir des besoins repérés. » ; « La réhabilitation a pour outil : D'identifier les ressources personnelles ; De renforcer les ressources personnelles ; D'accompagner vers l'insertion. Les outils utilisés sont : L'évaluation intégrative, pluridisciplinaire ; Le soin de réhabilitation (éducation thérapeutique, médiation cognitive, entraînement des compétences sociales) ; La prise en compte de la dimension familiale. » (site du REHACOOR42 : <http://centre-ressource-rehabilitation.org/>).

⁵³ de l'anglais *recovery* ; concept qui s'inscrit dans la continuité du mouvement pour les droits civiques aux Etats-Unis, transposé pendant les années 1980 dans le domaine médical, notamment avec le VIH/sida.

⁵⁴ Voir aussi sur cette notion et ses applications : (Daumerie, 2011), (Jouet & Flora, 2011), (Rhenter, 2011).

Encadré 3 : Un schéma d'évolution, réhabilitation, rétablissement, empowerment.

Pour nous, il est possible d'établir le schéma théorique suivant du parcours de l'acceptation des troubles psychiques :

Déni => Abandon => Renoncement => (Révolte) => Prise de conscience => (Réhabilitation)
=> Rétablissement => Empowerment => Citoyenneté active.

L'ignorance des troubles se transforme souvent d'abord en déni ; une fois celui-ci dépassé (ou en parallèle, dans les soins sans consentement), vient un abandon au monde médical et à la prise en charge sociale ; le renoncement à une vie dite normale se fait jour, et peut lui succéder une révolte ou directement une prise de conscience que la vie continue ; ce qui mène, si les institutions sanitaires (ou autres) s'y prêtent, avec ou sans l'aide de la réhabilitation psychosociale, à l'entrée dans le rétablissement qui implique tôt ou tard l'empowerment de la personne. Ce dernier lui permet de s'inscrire dans une citoyenneté pleinement retrouvée.

Selon nous, le rétablissement est d'abord une démarche personnelle, mais nécessairement collective de par la nécessité que les institutions adhèrent à cette vision de l'évolution de la pathologie et de la personne, et ce d'autant plus que le rétablissement se joue aussi et surtout en dehors et dans l'après de l'hospitalisation ; il s'agit donc d'une démarche « personnelle collective ». L'empowerment, quant à lui, est aussi personnel, puisqu'il s'agit de reprendre le pouvoir sur son propre destin, mais qui se construit au travers d'actions communes ; c'est donc une démarche « collective personnelle ». Par exemple, les GEM sont un outil d'empowerment par le biais de l'entraide entre pairs. L'empowerment est par essence collectif en santé mentale, car revendicatif des droits et devoirs communs, notamment par le biais des associations et mouvements de patients et d'usagers.⁵⁵

IV.5.b Développer la qualité de vie et son évaluation.

Réhabilitation, rétablissement, empowerment,... Au bout du compte ces trois concepts visent une même chose : l'amélioration de la qualité de vie. Si nous pensions, au début des années 2000, que les définitions de la qualité de vie et de son évaluation n'étaient pas toujours adéquates (Kolacinski, 2003b), nous devons constater qu'aujourd'hui, des outils existent qui peuvent alimenter une évaluation non coercitive et non uniquement budgétaire, visant l'amélioration des politiques publiques et des structures existantes.

⁵⁵ Pour un tour d'horizon des modes associatifs d'usagers de la psychiatrie, cf. (Troisoeufs & Eyraud, 2015).

Les réponses à notre questionnaire laissent de côté l'aspect « cadre de vie/bien-être », puisque seulement 23 % des répondants le signalent comme manque significatif (Q. 12, tableau 6). Cependant, les autres réponses nous incitent à penser que le bien-être est une variable essentielle : c'est le mot qui ressort le plus, avec psychiatrie, dans la question n° 6, et les éléments classiques sur lesquels il s'appuie (logement, travail, loisir,...) comme ses faiblesses (addictions, suicides,...) obtiennent des scores élevés (Q. 11 et 12, tableaux 5 et 6).

Par conséquent, il nous paraît nécessaire de valoriser son évaluation démocratique, autant pour les usagers que pour les professionnels. C'est aussi, en outre, un moyen de développer la recherche et la connaissance.

Les structures ardéchoises respectent diverses procédures d'évaluation dont certaines s'appuient sur l'expérience des usagers ; cette dernière est indispensable, car elle est une source de compréhension de ce qui marche et de ce qui ne va pas (Joubert, 2004). Les CLSM peuvent être un moyen de comparer, de partager et de promouvoir ces pratiques, ainsi que de les étendre aux mesures politiques, tout en y renforçant le rôle des citoyens.

Nous citerons trois catégories d'indicateurs : l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) qui estime les conséquences de politiques ou de projets sur la santé de la population⁵⁶ ; celle des échelles de mesure de la qualité de vie, dont celles applicables en soins psychiatriques⁵⁷ ; celle évaluant la santé mentale en termes de respects des Droits de l'Homme⁵⁸.

L'EIS nous paraît entrer dans la montée en puissance future des CLSM, car l'enjeu est d'inclure la préoccupation de la santé mentale de façon transversale à l'ensemble des décisions qui peuvent l'affecter⁵⁹. En ce qui concerne les institutions, les outils de l'OMS basés sur les Droits de l'Homme nous paraissent, bien évidemment, incontournables.

IV.5.c Développer la formation et la recherche.

L'évaluation est une façon de sensibiliser le public, dès lors qu'il y participe réellement. Elle peut déboucher aussi sur la nécessité de la formation et participer au déploiement de la recherche. Un CLSM peut permettre, par la rencontre des acteurs, de

⁵⁶ Qui peut prendre en compte la santé mentale, notamment par l'évaluation d'impact sur le bien-être mental et l'évaluation d'impact sur la santé mentale, cf. (St-Pierre, 2016).

⁵⁷ Qu'ils s'agissent de divers *Quality of life scale* ou du *World Health Organization Quality of Life Instrument* de l'OMS, et de leurs adaptations à la psychiatrie ; voir notamment (Marrag et al., 2015) et (Lecardeur, 2015).

⁵⁸ Avec l'arrivée en 2016 du *QualityRights Tool Kit* : programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits. Evaluer et améliorer la qualité et les droits de l'homme dans des structures de santé mentale et de soins sociaux. Accessible auprès du CCOMS de Lille et à cette adresse (juillet 2016) : [<http://us12.campaign-archive2.com/?u=32d4b3fdd6551ed03db451780&id=afc7fe044c>].

⁵⁹ D'autant plus que l'évaluation d'impact permet « d'accroître la sensibilisation envers la santé mentale et envers les groupes plus vulnérables au sein de la population en général » (St-Pierre, 2016, p. 9).

développer les formations croisées, le partage d'expérience, les mises à disposition réciproque de personnel. C'est l'une des réalisations importantes de plusieurs CLSM, et les réponses obtenues à la question n° 13 de notre questionnaire nous semblent aller dans ce sens.

La recherche, quant à elle, outre d'avoir sa valeur propre, est aussi un outil de promotion du territoire, pour attirer de nouveaux praticiens, enjeu majeur de l'Ardèche pour lequel les élus et l'ensemble des acteurs d'un CLSM peuvent se mobiliser.

IV.5.d Valoriser le territoire et lutter contre les déserts médicaux.

Outre la promotion de la recherche, attirer les médecins peut se faire en leur proposant des réseaux, du travail collectif (Esquerré, 2016), notamment au sein des CLSM ; en rendant ainsi le territoire plus attractif pour ces professions comme pour les autres.

L'extension des maisons de santé pluridisciplinaires de proximité (MSPP ; voir carte trois, annexe une) est un vecteur positif sur lequel pourrait s'appuyer les CLSM ou, réciproquement, que ceux-ci pourraient soutenir, notamment en y incluant des spécialistes de la santé mentale. Ce type de projets répondraient aux difficultés qui ressortent des réponses aux questions n° 11 et n° 12 de notre enquête (notamment en termes de transports, d'accès aux soins psychiques ou somatiques), et pourraient légitimement être portés ou accompagnés par un Conseil local de santé mentale.

Dans le même ordre d'idée, l'Ardèche étant un département relativement bien doté concernant l'accès à Internet, l'essor de la télémédecine dans un cadre thérapeutique de premier recours pourrait être envisagé pour lutter contre l'isolement et les réticences des personnes face aux soins psychiatriques ou psychologiques.

Développer des structures innovantes, lieux de soins, lieux de vie ou de travail permettant la réinsertion des personnes en difficultés et la mixité des publics⁶⁰, nous semble aussi du ressort de CLSM avancés, notamment pour lutter contre l'isolement social, principale

⁶⁰ Bien que des positions contradictoires existent en la matière (et qu'il y a parfois des stigmatisations entre usagers de différentes pathologies, notamment dans le monde du travail protégé), nous suivons volontiers le Dr Roelandt (2002, p. 56) pour qui les filières par pathologie ou handicap produisent des nivellements qui s'accommodent mal avec la citoyenneté. De même, l'expérience des Invités au Festin (IAF) est une réussite, car ouverte, dans le cadre d'une psychiatrie citoyenne, cf. (Besançon, 2007), (Besançon & Jolivet, 2009, 2011). Récemment, l'Unafam a évolué, sa présidente actuelle, Mme Béatrice Borrel, soutenant certaines structures mixtes de logement et d'accompagnement, à condition que celles-ci inscrivent clairement dans leurs statuts la prise en compte du handicap psychique, et en tirent toutes les conséquences, notamment en termes de formations des professionnels. Toutefois, en ce qui concerne le travail, les filières spécialisées restent privilégiées par l'Unafam (Unafam, 2016). Cependant, selon nous, le problème du travail protégé vis-à-vis du handicap psychique n'est pas tant la mixité que la spécialisation des établissements dans des activités routinières basiques. En outre, nous remarquerons qu'en Ardèche, certains ESAT incluent différents publics sans difficulté majeure en lien avec cette mixité, qui est davantage une richesse qu'une faiblesse. A titre personnel, nous pensons que le travail sur cette mixité peut (voire, doit) s'inscrire dans un parcours de rétablissement et de citoyenneté.

difficulté identifiée (cf. tableau 5, Q. 11). En poussant la réflexion, de façon utopiste, nous pourrions envisager la promotion de chantiers de rénovation du bâti ou de l'agriculture dans les arrière-pays ardéchois, ou de toute autre projet de réinsertion déstigmatisante, susceptible d'encourager le progrès des transports publics et le désenclavement des territoires.

IV.5.e Une structure adaptée au département.

Alors que l'Atelier santé ville était méconnu par une majorité de nos répondants, et que 52 % connaissaient déjà le concept de CLSM (Q. 7), une très large majorité d'entre eux pensent que ces deux outils seraient utiles sur leur territoire (Q. 10).

Compte tenu de la répartition socio-démographique de la population et des spécificités géographiques du département de l'Ardèche, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il serait souhaitable de développer les CLSM sur les bassins de vie, à partir des intercommunalités (Rhône-Crussol ; bassin d'Annonay ; bassin d'Aubenas ; bassin de Privas ; etc. ; voir la carte huit en annexe une) ou, à défaut, sur la base des secteurs psychiatriques. Leurs présidences devraient pouvoir s'exercer en alternances au niveau des élus, chaque maire initiant à tour de rôle une séquence de réflexion ou un projet en lien plus étroit avec son territoire.

Si, pour finir, nous laissons un peu de place à l'utopie, nous pouvons aussi envisager ces CLSM futurs comme des organes locaux de coordination pouvant, par extension, servir de centre ressource et de centre de suivi des cas complexes, en relais et en partenariat avec les trois centres référents/réseau handicap psychique et réhabilitation d'Auvergne-Rhône-Alpes : le REHACOOR42 (Saint-Etienne/Privas), le RÉHPsy (Grenoble/Valence) et les centres de réhabilitation et de ressources de Lyon.

De même, nous pouvons les imaginer comme une base opérationnelle pour étendre, notamment en s'appuyant sur les Maisons de santé pluridisciplinaire de proximité (MSPP), des expériences innovantes comme, par exemple, celle de la plateforme Tandem, numéro d'appel expérimenté depuis 2015 et jusqu'en 2017 dans le nord-est de la région Rhône-Alpes visant à donner au citoyen des conseils et orientations pour tout problème rencontré dans son parcours de santé au sens le plus large⁶¹. Mais bien sûr, tout cela n'est sans doute que du rêve...

⁶¹ Ce dispositif s'inscrit dans le programme PASCALINE, qui vise « à développer progressivement un ensemble de services innovants en santé pour améliorer le parcours des usagers et faciliter les échanges entre les professionnels », notamment par la promotion du numérique, cf. le site de l'ARS Rhône-Alpes : [<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Territoire-de-soins-numerique.171786.0.html>]. Le dispositif Tandem s'appuie sur deux référents parcours de santé, dans le cadre du CISS Rhône-Alpes : [<http://cissra.org/fr/nos-actions-du-cissra/tandem/>] (dernière visite : 01/08/2016).

CONCLUSION

La mise en place de Conseils locaux de santé mentale est souhaitée par les pouvoirs publics et relayée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; l'enquête que nous avons menée montre que les acteurs du territoire sont prêts à utiliser ce type de mécanismes, les problèmes à résoudre ou les progrès à nourrir par ce biais étant loin d'être mineurs.

Cependant, les personnes usagères prêtes à s'impliquer, ainsi que leurs représentants associatifs, sont encore trop peu nombreux, mais c'est bien aussi à eux de s'en emparer dans l'optique de développer une véritable démocratie sanitaire et d'en éviter les dérives possibles. Pour atteindre son objectif, c'est-à-dire la participation active des citoyens aux décisions concernant leur santé, la démocratie sanitaire doit s'ancrer dans la promotion des droits fondamentaux de tous, sans discrimination.

Un Conseil local de santé mentale vise tout particulièrement ce but, car il a pour principaux objets : la lutte contre la stigmatisation, notamment par la promotion de la santé mentale (qui dépasse le seul cadre de la psychiatrie), la promotion d'une psychiatrie citoyenne, la coordination des différents acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et d'autres en fonction des problématiques traitées (bailleurs, police, etc.). L'un de ses enjeux est ainsi de favoriser la prise en charge la mieux adaptée et la plus libre possible pour chaque citoyen susceptible d'avoir à faire face à des troubles psychiques en lui-même ou parmi ses proches, tout en garantissant à tous la tranquillité et la sécurité publiques.

Notre enquête montre que le besoin de développer la connaissance de la santé mentale et les partenariats entre les différents acteurs du territoire (élus locaux, psychiatrie, pédopsychiatrie, Département, citoyens et associations, etc.) est identifié pour lutter contre l'isolement et les ruptures sociales, sources d'addictions et de tendances suicidaires, notamment chez les adolescents.

En Ardèche, la difficulté réside dans la petitesse des centres urbains, le difficile accès à la mobilité et l'existence de déserts médicaux, ainsi que dans la relative faiblesse des moyens financiers ou humains disponibles par rapport à l'accroissement potentiel des besoins. *A contrario*, il y a de nombreuses personnes volontaires, ainsi que des institutions qui sont prêtes à s'engager pour que les choses évoluent. Des associations se développent qui pourront être présentes si elles ont les soutiens nécessaires pour ce faire.

La configuration du territoire imposera sans doute de penser les CLSM de façon élargie, à l'échelle des communautés de communes, voire des secteurs psychiatriques, pour

couvrir chaque territoire. Le premier CLSM d'Ardèche, celui de Privas, n'en est qu'à son commencement, et il va sans doute inclure petit à petit les communes environnantes dans sa démarche. D'autres pourraient voir le jour bientôt, sur les communautés de communes d'Aubenas et d'Annonay, deux points de focalisation du territoire, respectivement au sud et au nord.

Si ces projets se concrétisent, ils impulseront, du moins nous ne pouvons que le souhaiter, une dynamique d'inclusion de la santé mentale aux travaux et réflexions sur l'aménagement du territoire, favorable autant aux malades qu'à leur entourage et à la société toute entière.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination est un point de départ. Selon les chemins que prendront les CLSM, la place qui leur sera donnée par les instances décisionnaires, ainsi que le rôle que pourront y occuper les citoyens et leurs représentants associatifs, les Conseils locaux de santé mentale seront à même de se substituer à d'autres organes de par leur vision transversale. Ils pourront être les moteurs de projets plus ambitieux, participants aux développements économiques, sociaux, culturels, touristiques et démographiques des territoires.

L'Ardèche a toujours été un département riche en initiatives alternatives et innovantes. Gageons qu'elle saura prendre le cap de la démocratie sanitaire, en particulier vis-à-vis de la santé mentale qui, bien qu'encore sous-investie en France, n'en reste pas moins l'un des deux ou trois enjeux mondiaux majeurs des décennies à venir.

Bibliographie

- ARS Île-de-France (2012), « Cahier des charges appel à projet création d'un CLSM ».
- ARS Rhône-Alpes (2013), *Synthèse sur la santé en Rhône-Alpes, Le projet pour 5 ans [2012-2017]*.
- ARS Rhône-Alpes (2015), *Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2015-2018 et annexe : plans d'actions de l'ARS*.
- Autès Erwan (2014), « La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment « faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale ? », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | 2014, consulté le 12 avril 2016. [URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1311> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1311].
- Bénézech, Le Bihan & Bourgeois (2002), « Criminologie et psychiatrie », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-906-A-10.
- Besançon Marie-Noëlle (2007), *On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.
- Besançon Marie-Noëlle & Jolivet Bernard (2009), *Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.
- Besançon Marie-Noëlle & Jolivet Bernard (2011), *Les soins en psychiatrie, une affaire citoyenne*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.
- Bottollier Laure (2015), « Entretien avec une éducatrice en prévention spécialisée », *Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité*, n° 57, juillet, p. 13-14.
- Bubien Yann, Rénier Anita & Tréguenard Sébastien (2013), « Le CHU d'Angers donne la parole aux citoyens », *Revue Hospitalière de France*, n° 555, nov.-déc., p. 40-44.
- CCOMS (2014a), *Santé mentale en Europe : Recommandations en faveur de la Défense des Droits, de la Participation et de l'Information des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants*, Lille, 4^{èmes} Rencontres Internationales du CCOMS, Autonomisation, Empowerment.
- CCOMS (2014b), *Santé mentale en Europe : comment promouvoir les expériences d'empowerment des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants ? Indicateurs et bonnes pratiques*, Lille, 4^e Rencontres Internationales du CCOMS, Autonomisation, Empowerment, Agir autrement, 30 et 31 janvier 2014.
- CCOMS (2015), *Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux*, Lille, CCOMS.

- Chambon Nicolas (2015), « La participation des usagers en santé mentale : qu'est-ce qu'on (en) attend ? », *Rhizome Bulletin nationale santé mentale et précarité*, n° 58, p. 5-6.
- Chevreul Karine, Prigent Amélie, Bourmaud Aurélie, Leboyer Marion & Durand-Zaleski Isabelle (2013), « The cost of mental disorders in France », *European Neuropsychopharmacology*, n° 8, Vol. 23, August, p. 879-886.
- CHS Sainte-Marie de Privas (2015), *Eléments d'information sur le projet Ardèche Drôme déposé à l'ARS*, dossier de cession / confirmation d'autorisation – 01/06/2015.
- CIAS du bassin annonéen (2013), *Analyse des besoins sociaux du bassin annonéen*.
- Collectif Livre Blanc 07 (2015)⁶², *Livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département de l'Ardèche*, accessible sur [<http://www.unafam.org/-07-Ardeche-.html>].
- Compagnon Claire (2014), *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*, Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé.
- Conseil Général de l'Ardèche (2014), *Solidarité, proximité et innovation, les schémas sociaux départementaux 2014-2018* [www.ardeche.fr].
- Couty Pierre (2009), *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports.
- DARES (2010), « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *DARES Analyses*, n° 081.
- Daumerie Nicolas (2011), « L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques », *La santé de l'homme*, n° 413, mai-juin, p. 8-10.
- Deutsch Claude & Dutoit Martine (2015), « Prendre la parole », *Rhizome Bulletin nationale santé mentale et précarité*, n° 58, p. 8.
- Direction générale de la Santé (2005), *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*, Cellule Communication de la Direction générale de la Santé, [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf] (dernière visite le 04/08/2016).
- DREES (2003), « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et résultats*, n° 231.

⁶² Ce collectif s'est créé en 2015 avec l'association hospitalière Sainte Marie (le centre de réhabilitation psychosociale du centre hospitalier spécialisé, le SAVS et l'ESAT de la Barèze), l'UNAFAM 07, la Croix rouge, Eovi handicap, l'APAJH 07, l'APATPH, l'ADAPEI 07, l'association Béthanie.

- DREES (2006), « Les recours aux soins spécialisés en santé mentale », *Études et résultats*, n° 533.
- DREES (2015), *L'état de la santé de la population en France*, (dernière visite 04/08/2016 : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf]).
- DRTEFP (2008), *Enquête sur les inaptitudes au poste de travail en Rhône-Alpes*, [Ce document est téléchargeable sur le site : www.rhone-alpes.travail.gouv.fr].
- Dybal Jean & Pierre-Noel Anne (2013), « Dossier : Le conseil local de santé mentale », *Un autre regard, Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM*, n° 1-2013.
- El Ghozi Laurent (2008), « L' élu local, un acteur fort de la santé mentale », *Les cahiers de Rhizome*, n° 33, décembre.
- ESPT & CCOMS (2012), *Citoyenneté et santé mentale*, Actes de la 12eme journée nationale d'étude de l'association Elus, Santé publique et Territoire.
- Esquerré Marion (2016), « Le Conseil de l'ordre des médecins en appelle à une « véritable démocratie sanitaire » », *Le courrier des maires*, 19/05/2016, (dernière visite le 19/07/2016) : [<http://www.courrierdesmaires.fr/61818/le-conseil-de-lordre-des-medecins-en-appelle-a-une-veritable-democratie-sanitaire/>].
- Etellin Martine & Fray Serge (2013), *Mise en œuvre d'une politique de santé mentale communautaire : évaluation des besoins des partenaires et implication des élus dans la mise en place du Conseil Local de Santé Mentale*, mémoire du DIU Santé mentale dans la communauté : Etudes et applications, Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite Marseille.
- Felten Bruno (2015), *Pertinence d'un Conseil Local de Santé Mentale pour la ville de Haguenau - 67 -*, mémoire du DIU Santé mentale dans la communauté : Etudes et applications, Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite Marseille.
- Furtos Jean (2009), *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'école normale supérieure.
- Furtos Jean (2016a), « Rompre l'isolement pré-suicidaire. Pour un contrat inconditionnel de préoccupation pour autrui, mais sans toute-puissance », Intervention à la 20^e Journée Nationale pour la Prévention du Suicide, Villeurbanne, 5 février, organisée par le Réseau Rhône de Prévention des Conduites Suicidaires. [Article à paraître].
- Furtos Jean (2016b), « L'Éthique de l'engagement thérapeutique auprès des populations précaires », Intervention à la Journée régionale des EMPP-PASS/PSY du mardi 5 avril, Centre Hospitalier Sainte-Marie, Privas.
- Fustier Paul (2005), *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat social*, Paris, Dunod.

- Guardiola Isabelle (2016), « Les conseils locaux de santé mentale, des outils démocratiques ? », *Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH)*, n° 2959, 6 mai, p. 22-25.
- Haute autorité de santé (2013), « Note d'orientation du 9 octobre 2013, Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale ».
- Haut conseil de santé publique (2016), *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.
- Huppert Thomas (2013), *Etude qualitative sur les attentes et besoins des acteurs d'un Conseil Local de Santé Mentale du Val de Marne (94)*, mémoire du DIU Santé mentale dans la communauté : Etudes et applications, Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite de Marseille.
- Joan (2016), « La participation des usagers en santé mentale aux CLSM, chimère ou réalité ? », <https://commedesfous.wordpress.com/2016/04/02/la-participation-des-usagers-en-sante-mentale-aux-clsm-chimere-ou-realite/> (visité le 12/04/2016).
- Joubert Michel (2004), « Santé mentale et évaluation : une place nécessaire pour le ressenti », *Rhizome Bulletin nationale santé mentale et précarité*, n° 14, janvier.
- Jouet Emmanuelle & Flora Luigi (2011), « Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France », *La santé de l'homme*, n° 413, mai-juin, p. 12-15.
- Kolacinski David (2001), « Droits de l'homme et justice sociale. Une mise en perspective des apports de John Rawls et d'Amartya Sen », *Cahier de Recherche du CREDEN*, n° 01.09.24, Université Montpellier I, septembre.
- Kolacinski David (2003a), *Analyse économique des droits de l'homme*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Kolacinski David (2003b), « La qualité de vie : un indicateur économique des droits de l'homme », *Revue de l'économie méridionale*, n° 201-202, Vol. 51, p. 277-284.
- Kolacinski David (2016), « Territoire de Santé Mentale Sud Rhône-Alpes (Ardèche et Drôme) », *Flash Infos UNAFAM 07*, n°3, juillet, p. 3 [<http://www.unafam.org/-07-Ardeche-.html>].
- Lecardeur L. (2015), « La qualité de vie en schizophrénie », *L'encéphale*, fascicule n° 4, septembre, p. 373-378.
- Les cahiers de Rhizome (2016), *Les adolescents (et ce qu'ils ont) de difficiles*, Les cahiers de Rhizome, n° 59, mars 2016.
- Marrag I., Hajji K., Hadj Ammar M., Zarrouk L., Kachouri R. & Nasr M., « Trouble bipolaire type I et qualité de vie : étude transversale auprès de 104 patients tunisiens », *L'encéphale*, fascicule n° 4, septembre, p. 355-361.

- Martin R.R. George (1971), « Il y a solitude et solitude », in *Une chanson pour Lya et autres nouvelles*, Paris, Éditions J'ai Lu, 2013.
- Marseault Anne (2015), « La parole au... Dr Anne Marseault », *Un autre regard, Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM*, [dossier Les 10 ans de la loi de 2005], n° 2-2015.
- Moreau Bernadette (2015), « Le droit à compensation », *Un autre regard, Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM*, [dossier Les 10 ans de la loi de 2005], n° 2-2015.
- Mourez Eric (2014), *Impact de la mise en place d'un Conseil local de Santé Mentale sur la trajectoire des usagers et la pratique des partenaires : l'initiative de la ville de LONS-le-SAUNIER*, mémoire du DIU Santé mentale dans la communauté : Etudes et applications, Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite de Marseille.
- Observatoire régional de la santé (2014), « Suicide et tentatives de suicide en Rhône-Alpes », [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Suicide_2014.pdf].
- Observatoire régional de la santé (2015), *Précarité et santé dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche*.
- ONU (2008), *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*, accessible sur [<http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>].
- ONU (2016), *Résolution 32/18 Santé mentale et droits de l'homme A/HRC/32/L.26*, approuvée le 1^{er} juillet 2016, 32^e session du Conseil des Droits de l'Homme, accessible à [<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session32/Pages/ResDecStat.aspx>].
- Piveteau Denis (2014), « Zéro sans solution » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, Rapport Public.
- Prescrire (2016), « Aider les patients à vivre en ville avec des troubles psychiques », *La Revue Prescrire*, n° 390, tome 36, avril, p. 300-303.
- Ratté Jimmy (2002), *Psychologie de la désadaptation : Les Types psychopathologiques et leurs incidences psychosociales chez l'adulte*, Laval, Les Presses de l'Université de Laval.
- Rhenter Pauline (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, p. 34-36.
- Roelandt Jean-Luc (2002), *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, Rapport remis au ministre délégué à la santé, avril.

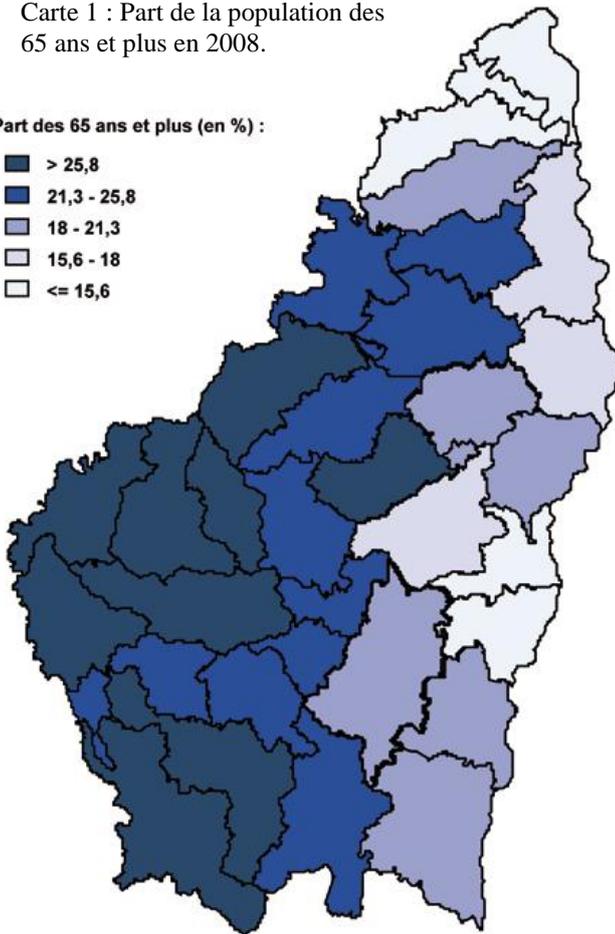
- Roelandt Jean-Luc (2010), « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution », *L'information psychiatrique*, n° 9 (Volume 86), p. 777-783. [DOI 10.3917/inpsy.8609.0777].
- Roussel P., Giordano G. & Cuenot M. (2014), « De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale. L'exemple de l'enquête Handicap-Santé », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (11):184-91.
- Sartre Jean-Paul (1939), « La chambre », in *Le mur*, Paris, Gallimard.
- Sen Amartya (1991), « La liberté individuelle : une responsabilité sociale », *Esprit*, n° 170, mars-avril.
- Sen Amartya (1993a), *Ethique et économie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Sen Amartya (1993b), « Markets and freedoms: achievements and limitations of the market mechanism in promoting individual freedoms », *Oxford Economic Papers*, n°45, p. 519-541.
- Stein Dan J. & Illes Judy (2015), « Beyond Scientism and Skepticism: An integrative Approach to Global Mental Health », *frontiers in psychiatry*, doi: 10.3389/fpsy.2015.00166.
- Stendhal (1822), *De l'Amour*, Paris, Garnier-Flammarion, 1965.
- St-Pierre Louise (2016), *La santé mentale dans le champ de l'évaluation d'impact sur la santé*, Montréal, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [Note documentaire, accessible sur le site : www.ccnpps.ca].
- Troisoefus Aurélien & Eyraud Benoît (2015), « Psychiatrisés en lutte, usagers, Gmeurs,... : une cartographie des différentes formes de participation », *Rhizome Bulletin nationale santé mentale et précarité*, n° 58, p. 3-4.
- Unafam (2013), *Le Livre Bleu de l'UNAFAM, Synthèse des positions officielles de l'association à l'usage des bénévoles*, accessible sur [<http://www.unafam.org/-07-Ardeche-.html>].
- Unafam (2016), *Recueil des bonnes pratiques pour l'accès à l'emploi*, [site de l'Unafam].
- Uni Santé (2015), « Risques psychosociaux dans les établissements médico-sociaux : un risque majeur », <http://www.travailleursante.fr/> [Écrit par Uni Santé - Docteur Vincent Bonniol ; Créé le Lundi, 07 Mai 2012 13:54 ; Mis à jour le 05 Juillet 2015 15:08].
- Valax Mary-Nadine (2013), *L'implication des usagers dans les Conseils Locaux de Santé Mentale*, mémoire du DIU Santé mentale dans la communauté : Etudes et applications, Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite de Marseille.

ANNEXE 1 : les cartes.

Carte 1 : Part de la population des 65 ans et plus en 2008.

Part des 65 ans et plus (en %) :

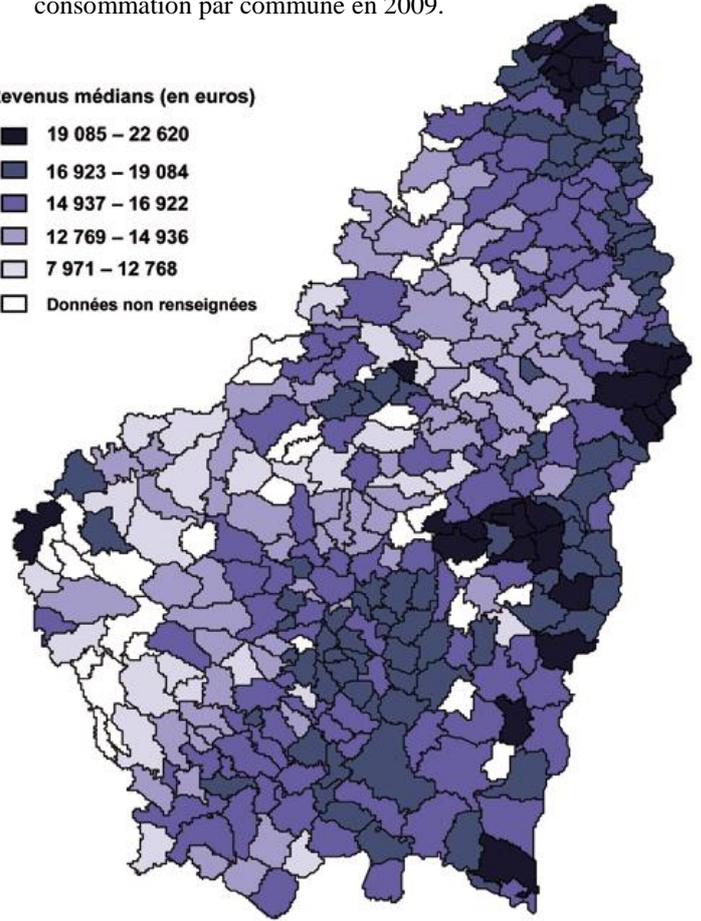
- > 25,8
- 21,3 - 25,8
- 18 - 21,3
- 15,6 - 18
- <= 15,6



Carte 2 : Revenu médian par unité de consommation par commune en 2009.

Revenus médians (en euros)

- 19 085 – 22 620
- 16 923 – 19 084
- 14 937 – 16 922
- 12 769 – 14 936
- 7 971 – 12 768
- Données non renseignées



Carte 3 : L'accès aux Maisons de santé pluridisciplinaires de proximité (MSPP) et aux urgences.

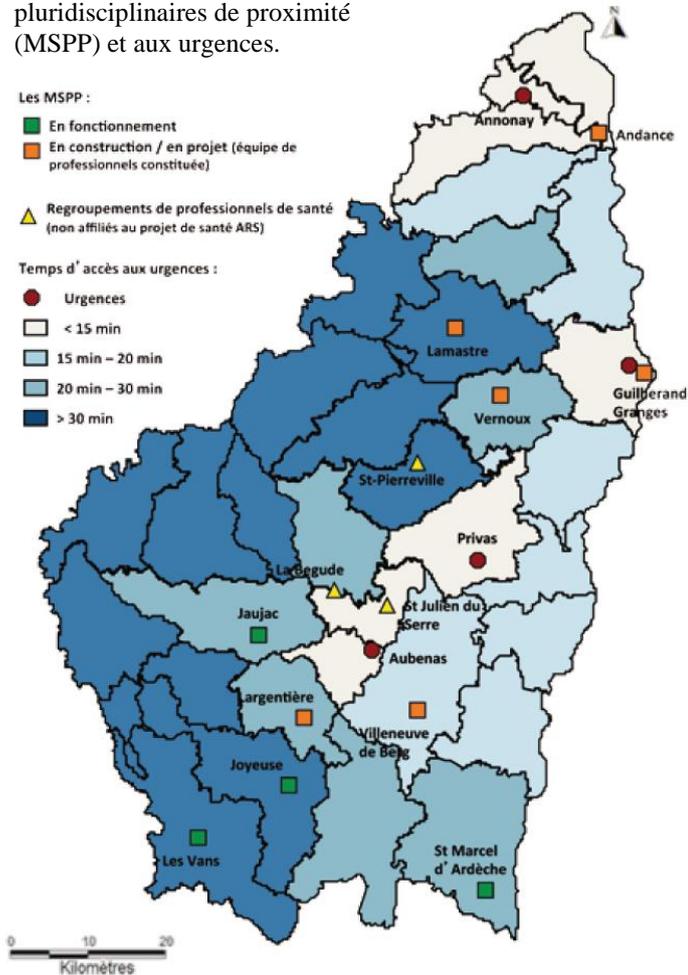
Les MSPP :

- En fonctionnement
- En construction / en projet (équipe de professionnels constituée)

Regroupements de professionnels de santé (non affiliés au projet de santé ARS)

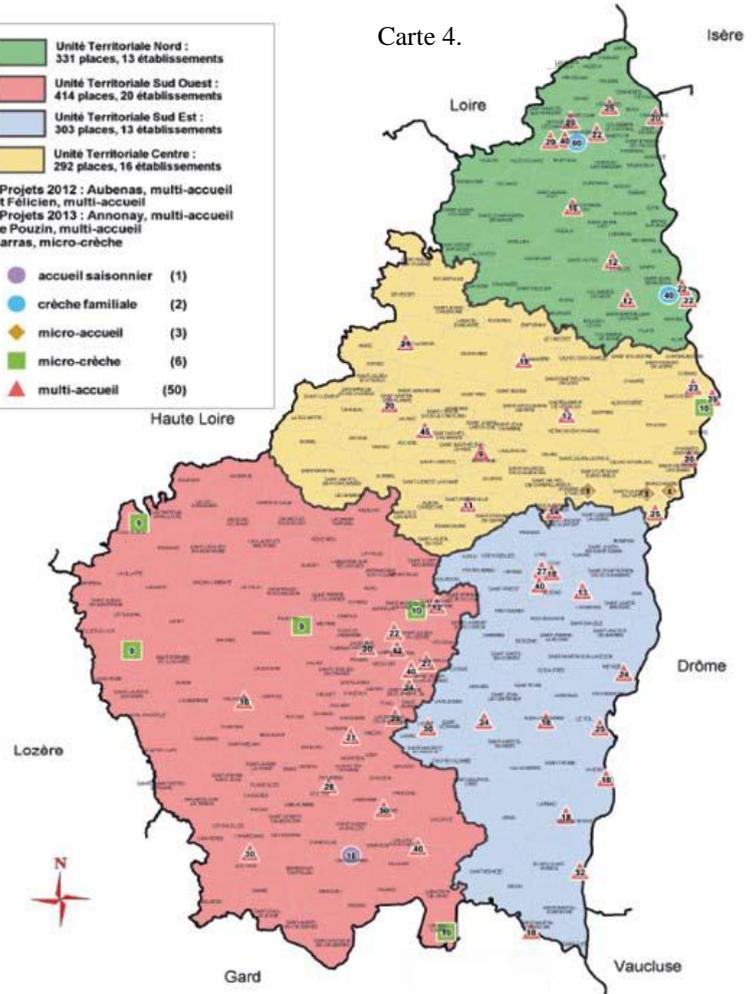
Temps d'accès aux urgences :

- Urgences
- < 15 min
- 15 min – 20 min
- 20 min – 30 min
- > 30 min

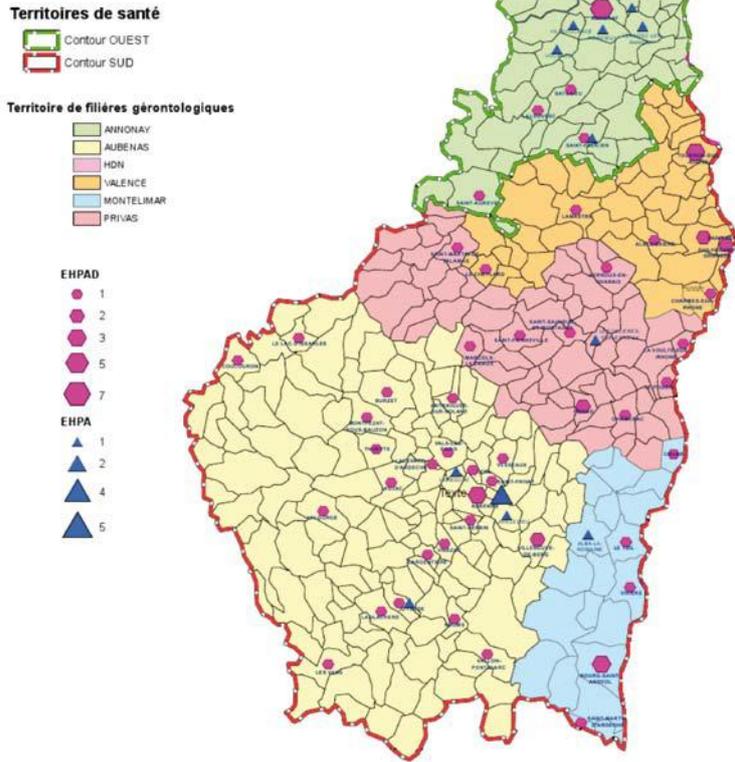


Carte 4.

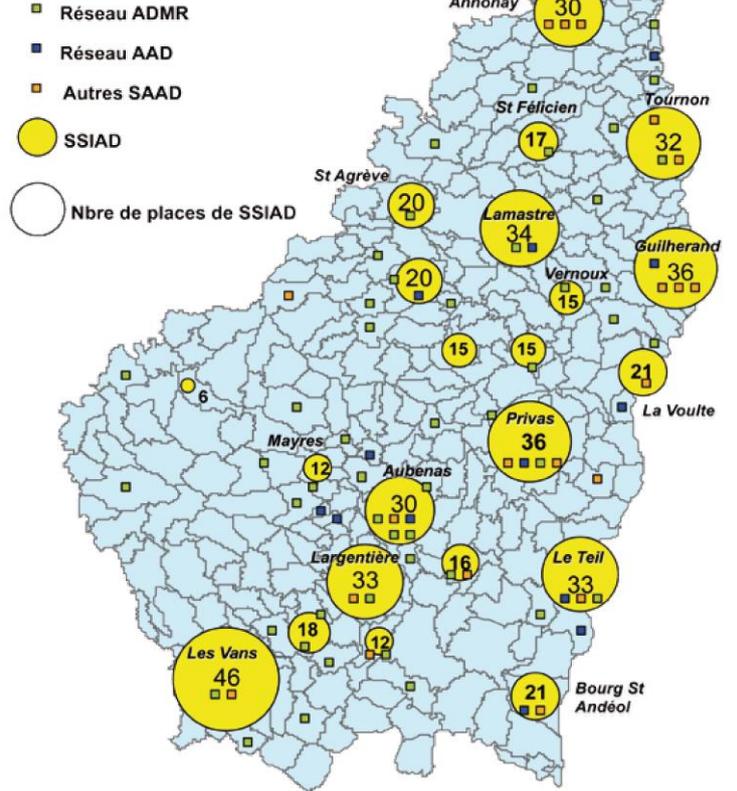
- Unité Territoriale Nord : 331 places, 13 établissements
 - Unité Territoriale Sud Ouest : 414 places, 29 établissements
 - Unité Territoriale Sud Est : 303 places, 13 établissements
 - Unité Territoriale Centre : 292 places, 16 établissements
- Projets 2012 : Aubenas, multi-accueil
St Félicien, multi-accueil
- Projets 2013 : Annonay, multi-accueil
Le Pouzin, multi-accueil
Sarras, micro-crèche
- accueil saisonnier (1)
 - crèche familiale (2)
 - micro-accueil (3)
 - micro-crèche (6)
 - multi-accueil (50)



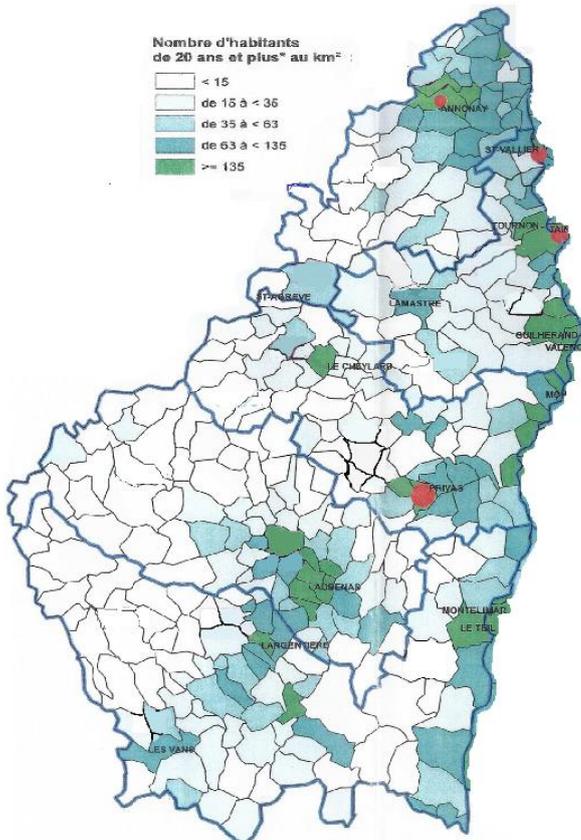
Carte 5 : Etablissements, territoires et filières gérontologiques.



Carte 6 : Répartition des SSIAD et SAAD.

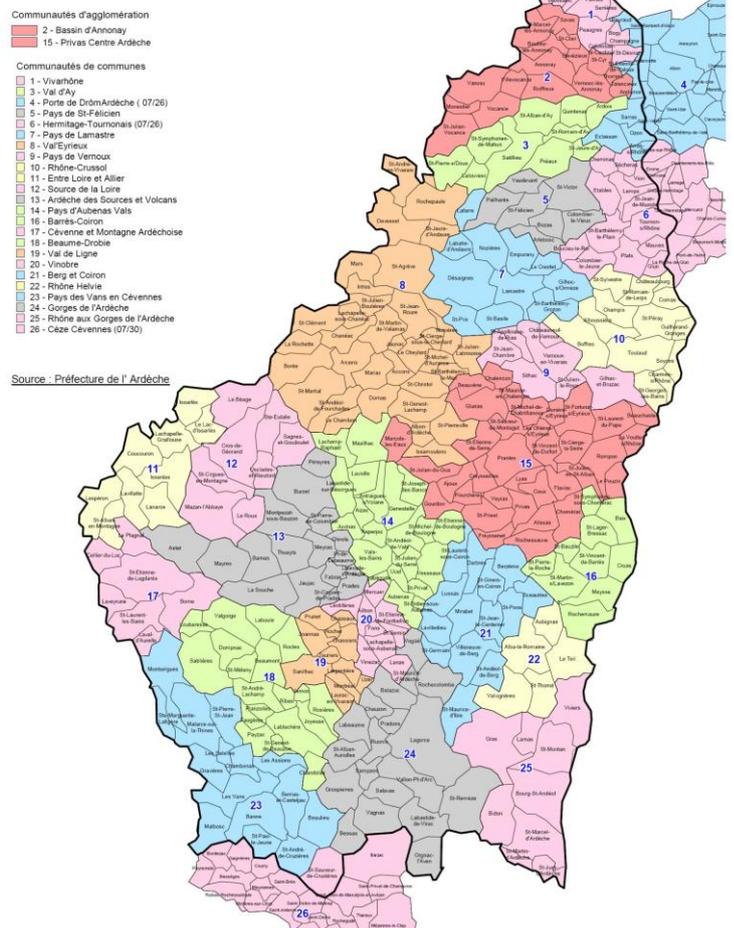


Carte 7 : Répartition des habitants de 20 ans et plus au km²



Carte 8 : les communautés de communes.

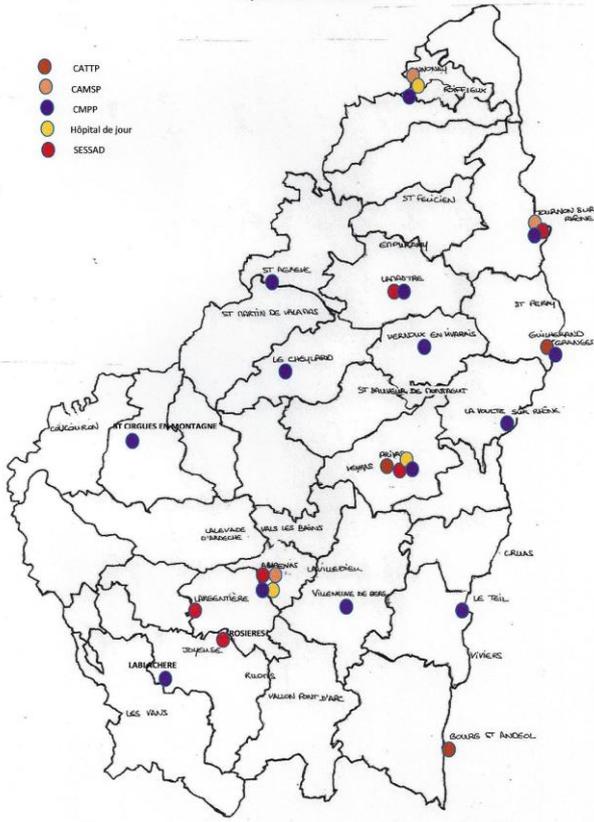
Etablissements Publics de Coopération Intercommunale à fiscalité propre
Situation au 1er janvier 2015



Carte 9

Établissements et services d'accompagnements pour enfants et adolescents handicapés psychiques
Département Ardèche

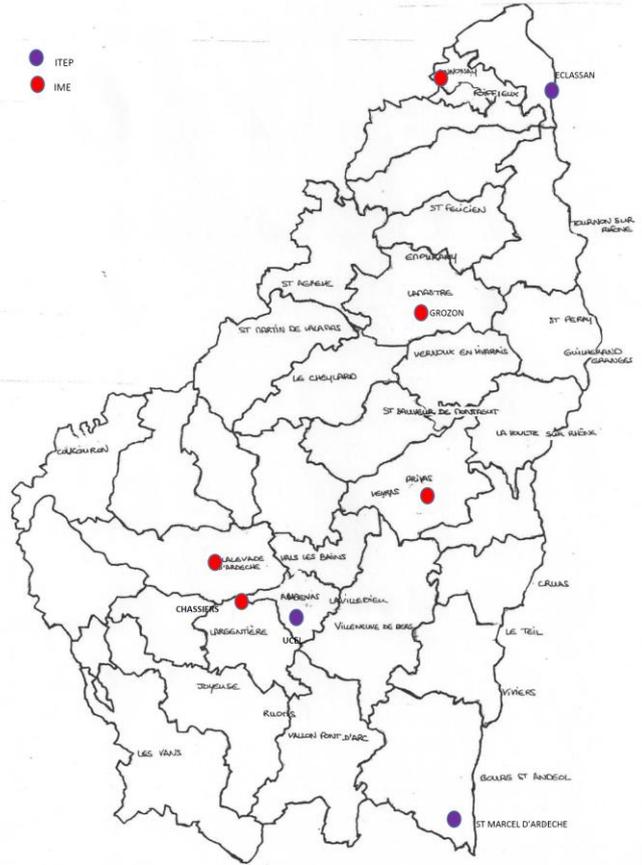
- CATT
- CAMSP
- CMPP
- Hôpital de jour
- SESSAD



Carte 10

Établissements et services d'hébergement pour enfants, adolescents handicapés psychiques
Département Ardèche

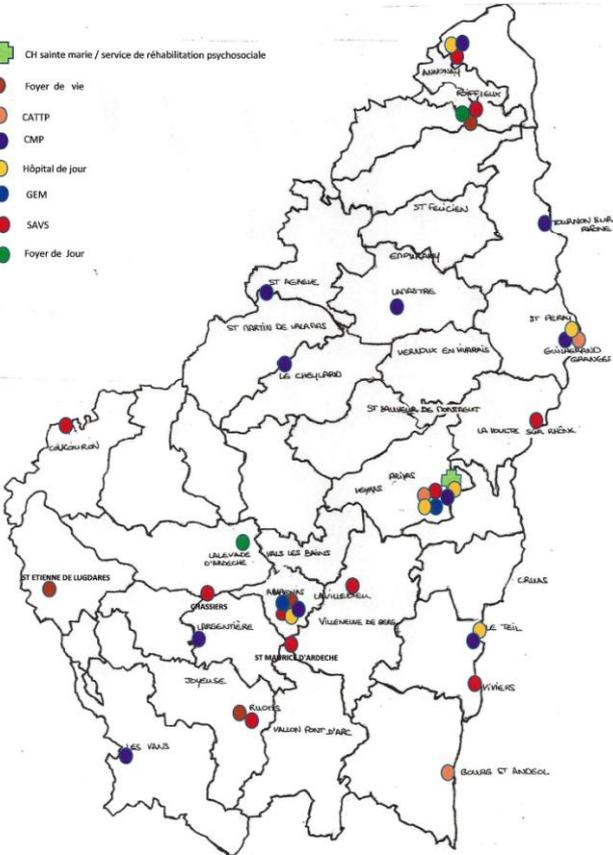
- ITEP
- IME



Carte 11

Établissements et services d'accompagnements pour adultes handicapés psychiques
Département de l'Ardèche

- CH sainte marie / service de réhabilitation psychosociale
- Foyer de vie
- CATT
- CMP
- Hôpital de jour
- GEM
- SAVS
- Foyer de Jour



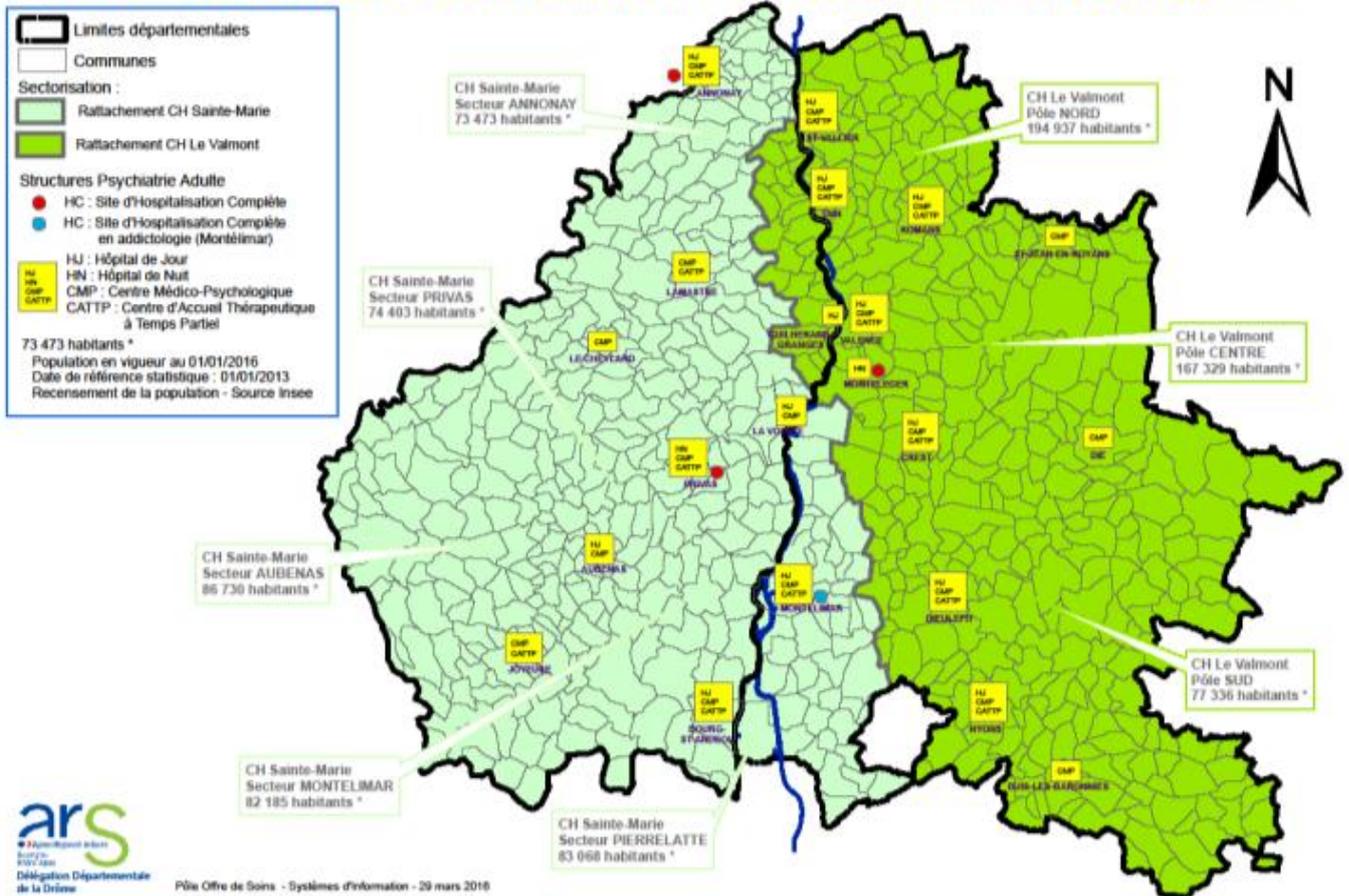
Carte 12

Établissements et services de travail adaptés pour adultes handicapés psychiques
Département de l'Ardèche

- ESAT
- Entreprise Adaptée



CARTE 13 : PSYCHIATRIE ADULTE SECTORISEE EN ARDECHE ET DROME : EVOLUTION ENVISAGEE A L'HORIZON 2020



SOURCES :

Carte 1 : Conseil général de l’Ardèche (2014, p. 13, source : Insee 2008 / Réalisation : CG 07 – DGASEM 2013).

Carte 2 : Conseil général de l’Ardèche (2014, p. 13, sources : DGFIP, Revenus fiscaux, Insee Réalisation : CG 07 – DGASEM 2013).

Carte 3 : Conseil général de l’Ardèche (2014, p. 16, sources : Drees, Insee, Fnors / Conception : ORS – mars 2012 / Réalisation : CG 07 – DGASEM 2013).

Carte 4 : Conseil général de l’Ardèche (2014, p. 27).

Carte 5 : Conseil général de l’Ardèche (2014, p. 32, source : ARS 2012 Exploitation : CG 07 - DGASEM 2013).

Carte 6 : Conseil général de l’Ardèche (2014, p. 32, source : INSEE 2009 Exploitation : CG 07 – DGASEM 2013).

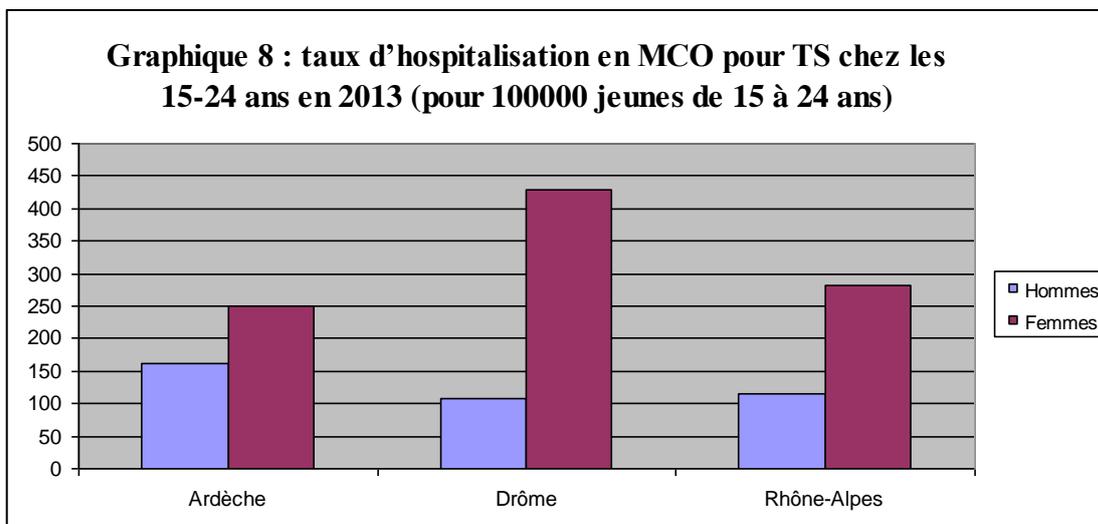
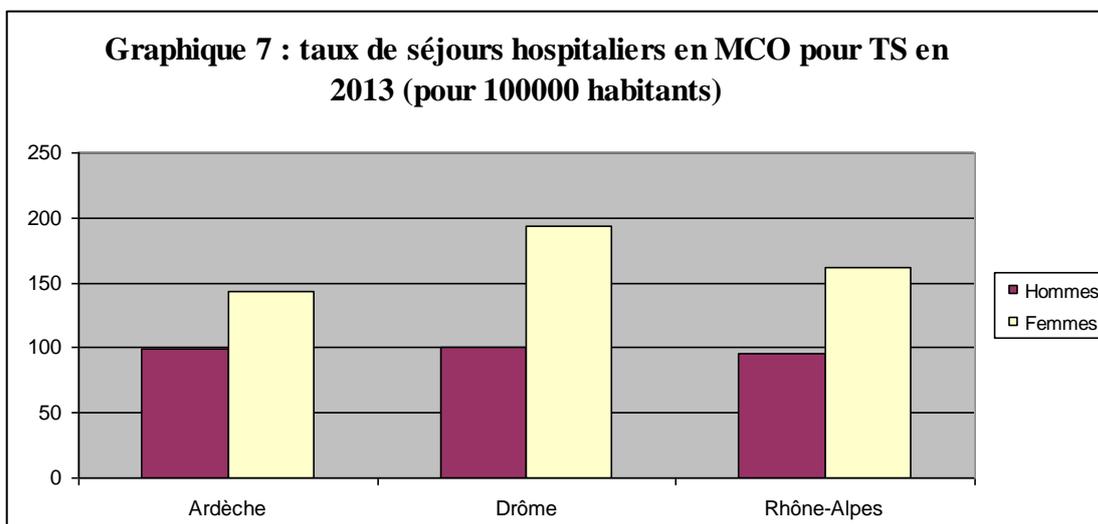
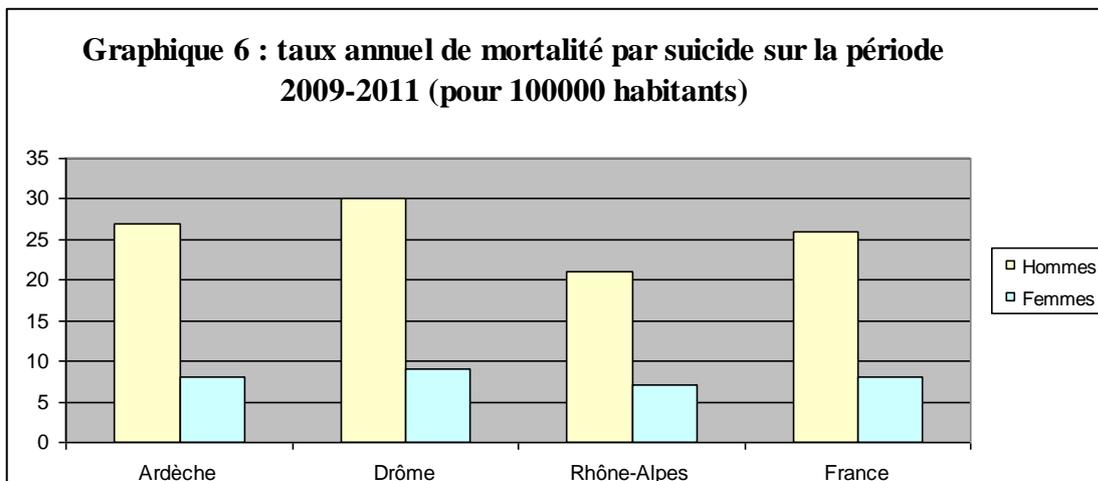
Carte 7 : Collectif Livre Blanc 07 (2015).

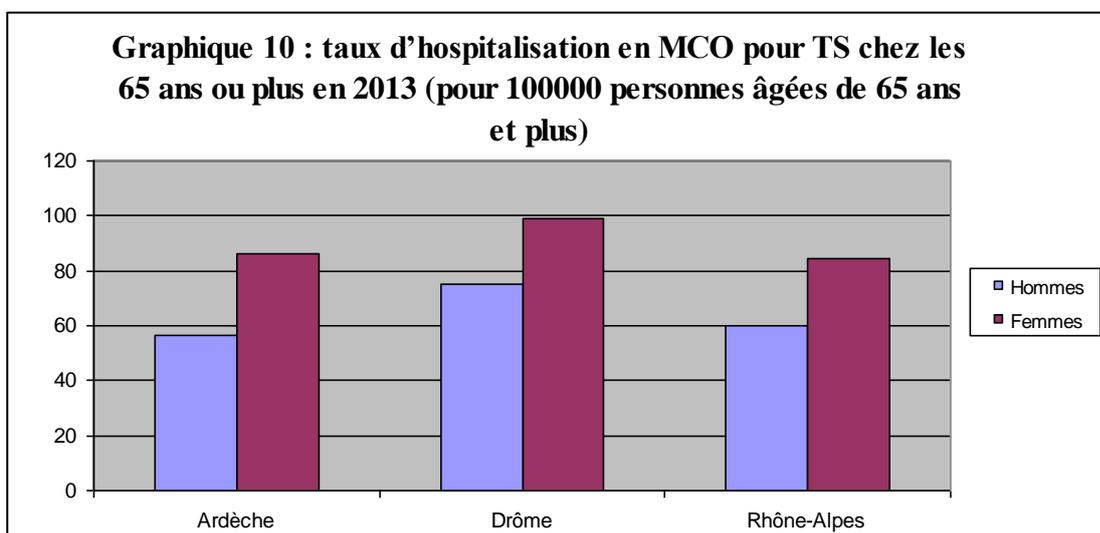
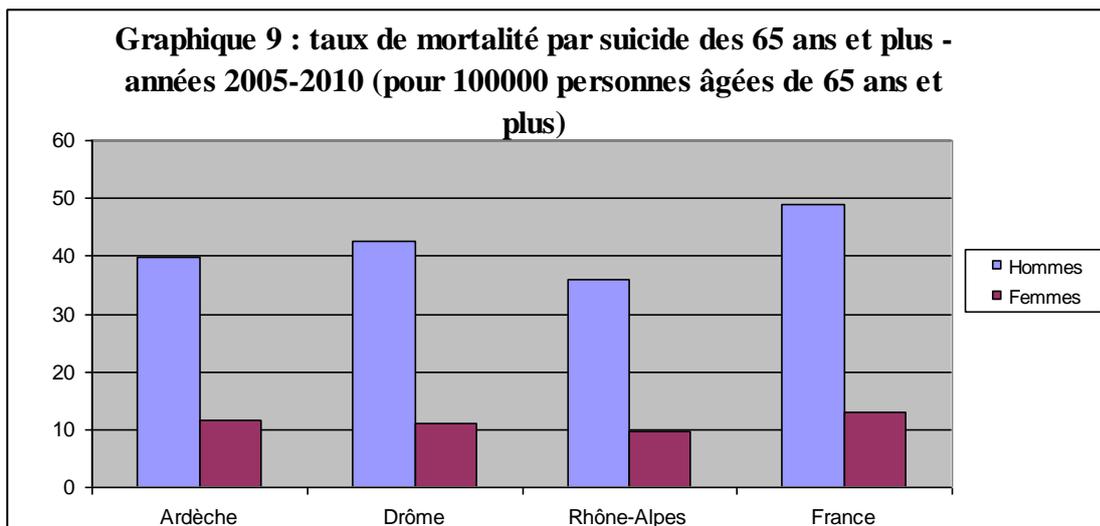
Carte 8 : Préfecture de l’Ardèche.

Cartes 9 à 12 : Collectif Livre Blanc 07 (2015).

Cartes 13 : Diaporama ARS Auvergne-Rhône-Alpes, présenté le 07 et 27 juin 2016 ; voir la page Internet de l’UNAFAM 07 pour accéder au diaporama complet (version du 27 juin).

ANNEXE 2 : graphiques relatifs aux taux de suicide comparés.





Sources : graphiques 6 à 10 réalisés à partir des données de : (Observatoire régional de la santé, 2014).

Annexe 3 : questionnaire sous *Google Forms*.

Enquête sur le ressenti des besoins en santé mentale sur les territoires ardéchois.

UNAFAM de l'Ardèche

Ce questionnaire souhaite connaître les besoins ardéchois en santé mentale ressentis par l'ensemble des citoyens, les élus locaux, les médecins, les professionnels et usagers des services publics, du système de santé et de santé mentale, les personnels éducatifs ou municipaux, etc. Cela afin d'éclairer la nécessité ou l'absence de nécessité d'initier des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) adaptés aux conditions géographiques et démographiques de l'Ardèche. Les CLSM ayant cet avantage de n'être pas ou peu onéreux. L'importance de développer des réseaux, de réunir les partenaires de terrain locaux pour mieux prendre en charge les personnes qui souffrent, en particulier à cause de troubles psychiques, est l'idée qui guide ce questionnement, suite à l'accroissement d'appels reçus par l'UNAFAM de l'Ardèche faisant état de situations complexes et pour lesquelles l'association n'a pas de solution concrète à proposer.

Ce travail s'inscrit dans un mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire Santé mentale dans la communauté : études et applications, réalisé par David Kolacinski pour l'UNAFAM 07. Il s'effectue avec l'appui du CCOMS et de nombreux autres partenaires ardéchois (des usagers des services de soins psychiatriques, l'UNAFAM 07, des professionnels sanitaires et médicosociaux, des représentants politiques).

Question 1. Code postal

Question 2. Fonction

(Merci de préciser : exemples : élus ; adhérent d'un GEM ; usager ; famille ; bénévole (précisez : social, culture, sport, soin, autre) ; professionnel (précisez : du soin, du social, du médico-social, du logement/de l'habitat, de la loi/justice, de l'éducation, de la culture, de services municipaux, autre) ; paysan ; étudiant ; lycéen ; collégien ; citoyen, etc.)

Question 3. Âge

Question 4. Profession (facultatif)

Question 5. Structure (facultatif)

Question 6 : Avant de lire les définitions qui suivent, merci d'indiquer les premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand vous entendez " santé mentale ".

QUELQUES DEFINITIONS.

Territoire : dans ce questionnaire, nous employons ce terme de façon extensive : il s'agit de votre lieu de vie ou d'activité ; du lieu de référence qui vous semblera le plus pertinent, qu'il s'agisse d'une commune, d'une communauté de commune, d'un canton, d'une zone géographique (vallée ou autres) ou du département entier, voire avec les zones limitrophes des autres départements.

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale : il s'agit d'une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux et le service de psychiatrie, avec la participation des usagers et de toutes autres personnes compétentes, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population.

Atelier Santé Ville : dispositif ayant pour vocation de participer à l'amélioration de l'état de santé des populations et en particulier des habitants des quartiers les plus défavorisés, et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

RESAD/cellule de crise ou de cas complexe : Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté : ces réunions qui regroupent les partenaires locaux autour d'une

situation psychosociale complexe, replace la personne dans son contexte environnemental et étudie les solutions possibles pour l'aider.

Santé mentale : “ La santé mentale 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. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. ” (définition de l'OMS). La santé mentale recoupe ainsi de nombreuses problématiques, et pas seulement celles relevant directement de la psychiatrie. Dans le cadre de la vie en société, elle a des impacts importants et qui peuvent prendre des formes concrètes variées relevant pour certaines de troubles psychiques. Quelques exemples : syndrome de Diogène (avec accumulation compulsive), troubles du comportement / de la personnalité, perte d'autonomie (maladie d'Alzheimer et de Parkinson), maltraitance, isolement ou rupture sociale, dépression, TOC (troubles obsessionnels compulsifs), crises d'angoisse, anorexie ou autres troubles alimentaires, troubles bipolaires, psychoses, schizophrénie, paranoïa, troubles du spectre autistique, etc.

Question 7. Avez-vous déjà entendu parler de l'un de ces mécanismes ? (avant ce questionnaire)

- Atelier Santé Ville
- RESAD / cellule de cas complexe
- CLSM

Question 8. Diriez-vous que dans votre territoire un (ou plusieurs) des publics suivants connaît une ou des problématiques liées à la santé mentale ?

- enfants de moins de 7 ans
- enfants de plus de 8 ans et adolescents
- adultes de 20 à 60 ans
- adultes de plus de 60 ans

Question 9. Si oui à la question précédente, dans quelle proportion approximative à votre avis ?

- entre 0 et 5 %
- de 5 à 10 %
- plus de 10 %

Question 10. Pensez-vous que ces outils pourraient être utiles sur votre territoire ?

- Atelier Santé Ville
- RESAD / cellule de crise
- CLSM

Question 11. Des difficultés vous semblent-elles potentiellement exister sur votre territoire ou toucher vos concitoyens, en lien avec la santé mentale ?

Difficultés pouvant appeler une réflexion (au sein d'un groupe de travail d'un CLSM par exemple), des actions spécifiques (via un RESAD par exemple) ou l'appui d'un réseau de partenaires (mis en lien par le CLSM ou le RESAD) ?

- Troubles à l'ordre public
- Troubles du comportement
- Insalubrité/troubles de voisinage/Expulsion
- Difficultés ou souffrance au travail / Burn out
- Addictions (alcoolisme, drogues, jeux, autres)
- Isolement / absence de lien social

- Dépression légère ou sévère
- Suicide ou tentation suicidaire
- Stigmatisation / discrimination
- Problèmes mentaux en lien avec l'immigration
- Périnatalité ou maternité problématiques
- Autres

Question 12. Quels manques vous semblent exister sur votre territoire, notamment en lien avec le handicap et plus particulièrement avec la santé mentale et les troubles psychiques ou psychiatriques ?

- Manque de logements / de logements adaptés
- Difficultés d'accès au travail (ordinaire)
- Difficultés d'accès au travail adapté
- Difficultés de déplacements / de transports
- Difficultés d'accès aux loisirs, à la culture
- Difficultés d'accès aux activités sportives
- Suivi médical physique insuffisant
- Suivi médical psychique insuffisant
- Cadre de vie / bien-être insatisfaisant
- Suivi social ou médico-social insuffisant
- Difficultés de scolarisation / de formation
- Manque d'aides aux aidants (familiaux ou autres)
- Autres

Question 13. Vous semblerait-il pertinent de sensibiliser ou former à la santé mentale sur votre territoire :

- La population en général
- Les jeunes
- Les familles
- Les familles institutionnelles (maisons de retraite, prison, résidence accueil, etc.)
- Les personnels éducatifs
- Les personnels municipaux
- Les forces de l'ordre
- Autres

Question 14. Seriez-vous prêt à participer ou à déléguer une personne à :

- un Conseil Local de Santé Mentale
- un Groupe de réflexion d'un CLSM
- un RESAD / une cellule de cas complexe
- Autres

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RÉPONDRE A CETTE ENQUÊTE.

Si vous voulez avoir un retour ; si vous êtes intéressé par ce projet ou souhaiteriez être partie prenante à la création ou à la participation d'un CLSM, ou avoir un retour des résultats de l'enquête, laissez-nous vos coordonnées à l'une des adresses ci-dessous : 07@unafam.org ; david.kolacinski@wanadoo.fr ou par courrier au siège de la délégation départementale : UNAFAM de l'Ardèche, 6, rue du Dr Bourret, 07000 PRIVAS.

Le département de l'Ardèche et la santé mentale : réflexions pour l'extension de Conseils locaux de santé mentale.

David Kolacinski

Résumé :

Ce mémoire explore les possibilités offertes par les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) pour améliorer la prise en compte dans la communauté des personnes souffrants de troubles psychiques, plus spécialement au sein du département de l'Ardèche. Il donne d'abord un rappel de la législation en faveur des CLSM, ainsi que des éléments concernant leurs organisations et réalisations dans d'autres départements. Il récapitule ensuite les données connues sur les conditions psycho-sociales de l'Ardèche au sein de la région Rhône-Alpes.

Sur la base d'une enquête menée auprès de différents publics (citoyens, usagers ou bénévoles, professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, politiques ou autres), avec le soutien de la délégation UNAFAM 07, ce mémoire établit un certain nombre de problématiques, dont l'isolement et la solitude semblent être des points de départ importants.

Cette enquête, qui avait aussi pour but de promouvoir les CLSM, montre que ce concept était relativement peu connu avant celle-ci. Toutefois, il apparaît clairement comme un outil pertinent pour les intervenants du territoire, plusieurs étant prêt à s'y engager. Un seul CLSM existe en 2016 en Ardèche, celui de Privas. Suite aux éléments recueillis par cette enquête, d'autres semblent possibles, compte-tenu de la nécessité ressentie par les acteurs du département d'une meilleure coordination et d'une meilleure prise en charge des personnes.

Fort de cette constatation, le mémoire se conclut par une série de réflexions et d'hypothèses quant aux potentialités des CLSM, point d'appui au développement du territoire en termes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mais aussi économiques et culturels.

Mots-clés : Ardèche, CLSM, démocratie sanitaire, psychiatrie, santé mentale.

DIU *Santé mentale dans la communauté*, 2016.

Université Lille 2, Université Paris 13, APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille, CCOMS, EPSM Lille Métropole.