

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 2012

**L'implication des élus locaux en promotion de
la santé mentale : de l'engagement politique au
partenariat avec l'ARS Océan Indien**

Roselyne COPPENS

Tuteur : Andréa MICHEL

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p4
1^{ERE} PARTIE : LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE, UN CHAMP A INVESTIR	P8
1. L'état de santé mentale de la population réunionnaise	p8
1.1. Un état de santé dégradé et impacté par le contexte local	p8
1.1.1. Des indicateurs préoccupants	p8
1.1.2. L'incidence des facteurs démographiques et socio-économiques	p9
1.1.3. L'impact des inégalités sociales de santé	p10
1.2. Les représentations de la santé mentale à La Réunion	p12
1.2.1. La représentation des troubles mentaux	p12
1.2.2. La représentation de l'aide et des soins	p13
2. De la psychiatrie vers la santé mentale, une politique régionale en construction	p13
2.1. D'une politique davantage orientée vers le soin	p14
2.1.1. Une offre de soins insuffisante et incomplète	p14
2.1.2. Une prévention peu développée	p16
2.2. A l'intégration d'un volet promotion de la santé	p17
2.2.1. La prise en compte de la complexité de la santé mentale	p17
2.2.2. L'amorce d'une politique de promotion de la santé mentale	p18
2^{EME} PARTIE : LES ELUS LOCAUX, ACTEURS ESSENTIELS DE LA SANTE MENTALE AU CŒUR DE LA CITE	P20
1. Les élus locaux, acteurs incontournables au quotidien	p20
1.1. Une légitimité à agir	p20
1.1.1. Les pouvoirs du maire en matière d'hospitalisation	p20
1.1.2. La confrontation à la souffrance psychosociale	p22
1.2. Une position stratégique au cœur des politiques publiques	p23
1.2.1. Une proximité du citoyen et de l'utilisateur	p23
1.2.2. Une capacité à agir sur les déterminants de santé	p23
2. Les élus locaux, pivots du développement des démarches locales	p24
2.1. Le rôle des villes en matière de santé mentale	p24
2.1.1. Des fonctions multiples	p24
2.1.2. Des ressources disponibles	p25
2.2. Un rôle dépendant de la volonté politique	p26

2.2.1. Une implication très variable sur les questions de santé	p26
2.2.2. La nécessité d'une prise de conscience	p27
3^{EME} PARTIE : ELUS LOCAUX ET ETAT, UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PARTENARIALE	p28
1. Les conditions d'un engagement durable dans le champ de la santé	p28
1.1. Les freins à l'engagement des élus locaux	p28
1.1.1. L'absence de cadre réglementaire	p28
1.1.2. Un déficit de connaissance du champ de la santé	p28
1.1.3. La faiblesse des moyens communaux	p29
1.2. Les leviers d'action de l'ARS	p30
1.2.1. Reconnaître et renforcer la place des élus locaux	p30
1.2.2. Faciliter le développement d'une culture commune	p31
1.2.3. Clarifier le cadre d'intervention au niveau régional	p32
2. Le développement des politiques locales de santé mentale	p34
2.1. La contractualisation des démarches locales de santé	p34
2.1.1. Les contrats locaux de santé	p34
2.1.2. L'articulation avec le volet santé de la politique de la ville	p36
2.2. Le développement du partenariat local des acteurs de la santé mentale	p38
2.2.1. Les conseils locaux de santé mentale	p38
2.2.2. L'appui au développement des conseils locaux de santé mentale	p39
CONCLUSION	p40
BIBLIOGRAPHIE	p41
LISTE DES SIGLES UTILISES	p43

INTRODUCTION

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). Il en résulte que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. 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. Elle est le résultat d'une interaction entre l'environnement, la société et les individus qui la composent. Les facteurs déterminant l'état de santé mentale d'une personne à un moment donné sont de fait multiples et variés. Promouvoir la santé mentale consiste alors à mettre en œuvre des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain.

A La Réunion, l'état de santé mentale de la population tend à se dégrader en raison notamment de la précarisation et de l'évolution rapide de la société. En effet, la précarité impacte fortement la santé des personnes et génère des souffrances psychiques et des violences envers soi-même et autrui, phénomènes qui dépassent le champ des maladies mentales. Dès lors, qui de la psychiatrie ou de la ville, du psychiatre ou de l'élus, doit prendre en charge les conséquences de la casse sociale ?

La politique régionale mise en œuvre ces dernières décennies à La Réunion a comblé partiellement le retard en matière d'offre de soins mais n'a pas contribué au développement de la promotion de la santé mentale. L'absence d'une véritable politique de santé mentale empêche d'apporter des réponses adaptées aux besoins émergents nés de l'évolution de la société réunionnaise, tant en termes de prévention que de prise en charge. La politique régionale doit désormais intégrer pleinement la dimension multifactorielle et transversale de la santé mentale et ne pas limiter son champ d'action aux seuls troubles mentaux et à la psychiatrie. Elle doit aussi reconnaître et prendre en compte les facteurs plus généraux qui favorisent la santé mentale et développer un axe fort de promotion de la santé. Elle doit permettre le décroisement des approches sanitaire, sociale et médico-sociale, et concevoir l'individu dans sa globalité et sa complexité, au plus près de son milieu de vie, avec ses représentations de la santé mentale qui peuvent parfois constituer des freins à l'accès à la prévention et aux soins.

Ainsi, parce qu'elle dépasse largement le champ de la santé, la santé mentale constitue un réel enjeu de société auquel sont confrontés les responsables institutionnels et décideurs. Les élus locaux notamment sont directement concernés dans leur responsabilité à l'égard de leurs concitoyens. La dégradation de l'état de santé mentale de la population réunionnaise interroge sur la question du mieux vivre ensemble au sein de la communauté. Interpellés au quotidien à travers les manifestations visibles de ce mal-être dans la ville, les élus réunionnais sont parfois démunis pour apporter des réponses adaptées aux besoins des individus. Ils hésitent à s'engager dans ce domaine qu'ils maîtrisent peu et qui ne relève pas de leur champ de compétences.

Pourtant, les élus locaux disposent de nombreux leviers d'action sur leurs territoires pour agir sur les déterminants de la santé mentale. Ils sont légitimes à œuvrer aux côtés de l'Etat, représenté en région par l'Agence de santé Océan Indien (ARS-OI), garante et pilote de la politique régionale de santé, au développement de démarches visant à promouvoir la santé mentale et à lutter contre la stigmatisation des personnes en souffrance. Ils s'inscrivent en cela dans le cadre d'une approche communautaire de la santé mentale qu'il conviendrait de renforcer.

Il est de la responsabilité de l'Agence de Santé Océan Indien (ARS-OI) de développer une véritable politique régionale de santé mentale associant les élus locaux, partenaires incontournables. L'ARS-OI doit non seulement favoriser l'engagement politique et convaincre les élus de leur intérêt à agir, mais également les accompagner et les aider à développer des politiques locales de santé mentale en cohérence avec les orientations régionales et concertées avec les partenaires concernés. Cette nouvelle approche de la politique de santé mentale doit intégrer une dimension forte de prévention et de promotion de la santé. L'objectif étant de maintenir ou améliorer l'état de santé des Réunionnais et garantir le respect des droits des personnes fragilisées par une santé mentale déficiente.

*"Il arrivera bien un jour où l'on expliquera que la santé dépend avant tout des liens de l'individu avec son entourage et son environnement."
(Norbert Elias)*

METHODOLOGIE

Le thème :

Le choix de mon sujet de mémoire est le fruit des réflexions que je mène depuis deux ans en tant que responsable du service prévention de la délégation de l'île de La Réunion à l'Agence de Santé Océan Indien. La question de l'implication des élus locaux en promotion de la santé a été très rapidement évoquée par l'ensemble des partenaires, y compris par les représentants des communes, dans le cadre des travaux du schéma régional de prévention. Un consensus a émergé sur la nécessité d'une approche communautaire et participative de la promotion de la santé et sur la mise en œuvre d'actions de proximité réalisées avec et pour les citoyens. Or, ce mode d'intervention relève inévitablement de l'échelon communal voire infra communal. Dès lors, comment l'ARS-OI pourrait-elle décliner des orientations régionales de santé au cœur de la ville et au plus près des habitants, sans s'associer aux élus locaux, acteurs principaux de ces territoires et interlocuteurs directs de la population ? Il m'est donc apparu essentiel, de par mes fonctions de pilotage et d'animation de la politique régionale de promotion de la santé, de me questionner sur la structuration d'un partenariat avec les élus locaux. Mais une fois posée, cette question suscite bien d'autres interrogations. Comment mobiliser les élus réunionnais et les convaincre de leur intérêt à agir en promotion de la santé ? Quel est, ou pourrait être, leur rôle ? Quel est le rôle de l'ARS-OI ? Peut-elle accompagner les élus locaux dans cette immersion en santé publique et avec quels moyens ?

Posée de manière globale, cette question de l'implication des élus et du rôle de l'échelon communal en promotion de la santé prend toute son acuité lorsque l'on évoque le sujet complexe et délicat de la santé mentale. Et ce d'autant plus, que le champ de la promotion de la santé mentale à La Réunion est très peu développé.

Hypothèses de travail :

- Les besoins et priorités qui émergent au niveau local sont cohérents avec le diagnostic régional et les orientations de la politique régionale de santé ;
- Des élus réunionnais sont prêts à s'engager en promotion de la santé mais ne savent pas comment aborder la question de la santé mentale et de la souffrance psychique ni quelles réponses apporter ;
- L'existence de démarches locales de santé et de dispositifs institutionnels émanant notamment de la politique de la ville (atelier santé ville) constitue un levier d'action ;
- L'ARS-OI peut apporter un soutien et un appui méthodologique aux élus qui souhaitent développer des actions ;

- Les professionnels de terrain au contact de la population concernée (santé, social,...) sont favorables à développer une approche pluridisciplinaire et transversale dans ce domaine et à structurer une dynamique de réseau.

Modalités :

La réalisation d'un état des lieux de la santé mentale à la Réunion a été un préalable à ma réflexion. Il était indispensable de cerner au mieux le contexte à travers la connaissance de l'état de santé mentale de la population et de l'évolution de la politique régionale.

Ma réflexion s'est nourrie essentiellement des travaux réalisés en 2011 et 2012 dans le cadre de l'élaboration du Projet de Santé Réunion-Mayotte, et plus particulièrement du schéma régional de prévention et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies. Des échanges informels avec des élus locaux m'ont également permis d'enrichir mes propos. Compte tenu de ma fonction et de la période de réserve électorale du 23 mars au 17 juin 2012, il ne m'a pas été possible de réaliser une enquête approfondie auprès des maires pour mieux appréhender leurs attentes, difficultés et représentations au sujet de la santé mentale de leurs administrés.

Résultats attendus :

- Définition des rôles des élus locaux et de l'ARS-OI dans la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de promotion de la santé mentale ;
- Détermination des conditions et de la mise en œuvre du partenariat entre les élus locaux et l'ARS-OI.

1^{ERE} PARTIE : LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE, UN CHAMP A INVESTIR

Bien que l'état de santé des réunionnais s'améliore globalement, il reste moins bon que celui des métropolitains dans bien des domaines. En effet, la mortalité prématurée est particulièrement importante, de fortes disparités perdurent entre les hommes et les femmes, et la situation socio-économique aggrave les écarts entre les groupes sociaux.

En matière de santé mentale, l'état des lieux est également préoccupant même si les indicateurs existants ne permettent pas de rendre précisément compte de la situation actuelle.

L'offre disponible ne répond pas suffisamment aux besoins, et n'est pas totalement adaptée aux évolutions de l'état de santé mentale des Réunionnais. Si la psychiatrie a connu un développement important ces vingt dernières années, des efforts restent à faire pour développer le champ de la santé mentale, et plus particulièrement celui de la promotion de la santé mentale.

1. L'état de santé mentale de la population réunionnaise

1.1. Un état de santé dégradé et impacté par le contexte local

Il existe peu de données à La Réunion sur le thème de la santé mentale. Les sources disponibles sont :

- la statistique annuelle des établissements (SAE) qui permet de connaître le nombre de lits et places publics et privés installés au premier janvier de chaque année et donc de calculer le taux d'équipement (capacité d'accueil pour 1000 habitants) ;
- le rapport de secteur de psychiatrie rempli par chaque établissement tous les trois ans et qui permet d'obtenir des informations plus détaillées sur les organisations des soins, les pratiques professionnelles, le personnel et les modalités de prise en charge ;
- l'enquête santé mentale en population générale réalisée en 1998 par l'OMS, l'Institut national de la santé et la recherche médicale (INSERM) et l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Lille (2), seule enquête permettant de décrire les représentations liées aux maladies mentales, aux malades mentaux et aux différents modes de soins et d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population réunionnaise.

1.1.1. Des indicateurs préoccupants

D'après l'enquête santé mentale en population générale réalisée en 1998, il apparaît que 30 % de la population interrogée présentent au moins un trouble psychique, au sens de la classification internationale des maladies mentales (CIM 10), passagers ou récurrents, soit un adulte sur trois.

Les troubles anxieux sont prédominants, représentant près de 20 % de la population, avec une prévalence féminine significative. L'anxiété généralisée représente plus de 10 % de la population générale.

Les troubles dépressifs arrivent en seconde position : 11 % des personnes interrogées présentent un épisode dépressif, et il s'agit pour 6,7 % d'un épisode dépressif majeur. La prévalence féminine est forte : près d'un homme pour deux femmes. A ces chiffres, il convient d'ajouter les troubles dysthymiques qui touchent 1,9 % de la population.

Le coût humain et social de tels troubles est réel, ainsi que les risques d'évolution vers des troubles mentaux plus structurés, des addictions ou des affections psychosomatiques.

De plus, les résultats de cette enquête ont confirmé les observations des professionnels de la santé et du social et ont particulièrement mis en évidence que « les personnes en situation d'exclusion présentent souvent une souffrance psychique : fatigue, angoisse, addictions, tristesse et dépression, insomnies. Elles ont comme caractéristiques un accès tardif aux soins du fait de difficultés d'identification de cette souffrance et des préjugés à l'encontre de la psychiatrie ». Ces personnes souffrant de troubles mentaux sont par définition des personnes fragilisées ou vulnérables.

Le taux de mortalité par suicide est de 13 pour 100 000 sur la période 2005-2007 contre 16 pour 100 000 en métropole. La tendance globale de la mortalité par suicide est à la baisse mais on observe des tendances à la hausse récentes dans certains groupes de population. Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, après les accidents de la circulation. Contrairement à la situation métropolitaine, les personnes âgées sont encore peu concernées du fait de la structuration de la pyramide d'âge.

Par ailleurs, on estime que 60 % de la population est concernée par la consommation d'alcool, en grande partie des hommes, dont 19 % seraient alcoolodépendants, ce qui représente un poids considérable pour le système de santé. Du fait d'une structure par âge jeune, La Réunion se situe en dessous de la moyenne nationale en ce qui concerne sa consommation d'alcool mais l'impact de l'alcoolisme reste considérable car si beaucoup de Réunionnais sont abstinents, ceux qui boivent, boivent beaucoup. L'alcool est ainsi à l'origine de nombreux passages à l'acte (suicides, violences...) et de syndromes d'alcoolisme fœtal. Les troubles mentaux en sont également une conséquence non négligeable, ainsi que les accidents de la route, du travail et des affaires judiciaires.

1.1.2. L'incidence des facteurs démographiques et socio-économiques

Un fort dynamisme démographique et une importante densité de population

La Réunion est le département d'outre-mer le plus peuplé avec 825 000 habitants au 1^{er} janvier 2010. Sa densité est de 313 habitants au km², mais 80 % de la population se concentrent principalement sur les côtes littorales de l'île, où les densités peuvent atteindre 1 000 habitants au km², soit autant qu'en région parisienne. Les grandes villes de la côte regroupent ainsi la majorité des Réunionnais, l'intérieur de l'île restant peu habité.

La croissance de la population est deux fois plus rapide qu'en France entière. Il s'agit d'une population très jeune puisque 37 % des Réunionnais ont moins de 20 ans contre 25 % France entière. Toutefois, on assiste à l'émergence du phénomène de vieillissement de la population. L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) prévoit 250 000 personnes âgées de plus de 60 ans en 2030, soit le ¼ de la population totale de La Réunion.

Un contexte socio-économique générateur de difficultés psychologiques et qui complique l'accès à la prévention et aux soins

La situation économique et sociale est particulièrement difficile. Le taux de chômage est trois fois plus important que celui de la métropole (30 % pour la population âgée de 15 ans ou plus). Un tiers de la population réunionnaise bénéficie d'au moins un minimum social et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire représentent près de 40 % de la population. Le taux de l'illettrisme chez les 16-65 ans est de 21 % contre 9 % en métropole. La densité de logements sociaux est la plus élevée de toutes les régions françaises (45,5 % des ménages contre 16,7 % en moyenne nationale).

On constate également que l'évolution rapide des modes de vie et de consommation, propre au contexte ultramarin, a fortement influé sur l'environnement social et familial réunionnais. La perte de repères qui en résulte a contribué à l'effritement du lien familial. Les parents, acteurs de prévention privilégiés auprès de leurs enfants, se trouvent souvent démunis en matière d'éducation et doivent être accompagnés et soutenus dans leur rôle.

1.1.3. L'impact des inégalités sociales de santé

Des inégalités liées au contexte socio-économique

Malgré les avancées dans le domaine médical et le développement de la prévention, quelques rares études régionales permettent de mettre en évidence certaines de ces inégalités et montrent que les écarts en matière de santé entre catégories sociales ne se sont pas réduits.

L'enquête sur la mortalité périnatale à La Réunion (3) tend à montrer que les inégalités sociales commencent dès la naissance. L'enquête sur la couverture maladie universelle à La Réunion (4) indique que le quart des personnes interrogées a renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. L'enquête sur le recours à l'interruption volontaire de grossesse (5) montre le lien entre l'origine sociale de la mère et un certain nombre de critères touchant la prévention et la santé. Les données de l'enquête scolaire de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les élèves de cours moyen 2^{ème} année (6) mettent également en évidence le lien entre catégories sociales et recours aux soins.

Par ailleurs, les diagnostics de santé réalisés entre 2009 et 2011 dans le cadre de la création des ateliers santé ville (ASV) ont mis en évidence les éléments suivants :

- un sentiment de mal-être, d'isolement et de souffrance psychique des habitants ;
- le lien important entre l'état de santé perçu, les activités menées et l'appartenance à un groupe social ;
- les problèmes d'accès aux soins particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes en situation précaire.

Des inégalités territoriales

On note des contrastes infrarégionaux importants. Ainsi, les communes réunionnaises les plus isolées géographiquement sont les plus exposées à des décès d'enfants de moins de un an. Il s'agit de communes qui ont conservé des comportements traditionnels et une natalité élevée, et où le développement de l'offre de soins peut poser problème. Elles sont également fortement touchées par un processus de précarisation avec des taux élevés de chômeurs et de bénéficiaires du revenu de solidarité active.

Les variations communales des espérances de vie vont de 71,5 ans à Cilaos à 77,6 ans à Petite Ile. La diversité entre les communes semble tenir essentiellement à la surmortalité masculine. Les deux cirques montagneux, Cilaos et Salazie, sont particulièrement marqués par cette importante mortalité masculine, associée à la surconsommation d'alcool, aux maladies multi métaboliques liées à une mauvaise alimentation et hygiène de vie. Par ailleurs, le relatif isolement de ces zones défavorisées, leur enclavement, va de pair avec un moindre recours aux soins et de moins bonnes conditions socio-économiques.

En revanche, les communes qui ont une espérance de vie élevée sont celles où l'offre de soins est satisfaisante, où la population est à l'écart des stress de la surconsommation et bénéficie de conditions socio-économiques favorables.

Bien que les études menées ne permettent pas de mesurer l'impact réel des facteurs socio-économiques et des inégalités de santé sur l'état de santé mentale de la population réunionnaise, ces éléments influent néanmoins très certainement de manière négative sur les individus, soit directement en accentuant la fragilité des personnes, soit en compliquant l'accès à la prévention et aux soins.

1.2. Les représentations de la santé mentale à La Réunion

L'enquête santé mentale en population générale menée en 1998 a montré qu'à La Réunion (7), comme dans beaucoup de régions, la maladie mentale est mal connue.

1.2.1. La représentation des troubles mentaux

A La Réunion, le fou est plutôt considéré comme une personne dangereuse, violente, qui transgresse la loi. Il commet un meurtre, un viol, est violent au sein de sa famille, dans la société, voir avec lui-même (de 28 % à 36 %). Le fou, c'est également quelqu'un qui délire ou est halluciné (37 %), qui a un discours dénoué de sens (31 %), ou qui a un comportement bizarre (24 %). Toutefois une personne déficiente intellectuelle ou attardée est plutôt considérée comme un malade mentale (53 % des réponses contre 4 % pour le fou), ainsi qu'une personne qui fait des crises ou des convulsions (22 % de réponses contre 3 % faisant référence à la folie).

Toutes choses égales par ailleurs, 28 % des Réunionnais pensent que ce sont les conduites addictives qui rendent fou, 45 % disent que la maladie mentale a des origines physiques et 19 % croient que la dépression est liée aux événements de la vie.

Globalement, les Réunionnais estiment que le fou et le malade mental ne sont pas conscients et responsables de leur état et de leurs actes. A contrario, le dépressif est estimé conscient de son état pour 75 % des réponses, responsables de ses actes pour 65 %, et responsable de son état pour 51 %. En toute logique, le fou n'étant pas conscient de son état, ni responsable de sa maladie ou de ses actes, souffre moins que le malade mental ou le déprimé. On retrouve le même ordre de grandeur puisque le fou souffre pour 65 % des enquêtés, le malade mental pour 67 %, et le déprimé pour 92 %. Un fou est exclu de sa famille dans près de 60 % des cas, alors que le malade mental ne l'est que dans 40 %, et le déprimé tout de même encore pour 25 % des personnes enquêtées. Dans tous les cas, fou, malade mental et même dépressif sont considérés comme une charge à la maison pour la famille.

1.2.2. La représentation de l'aide et des soins

De 65 à 70 % des sondés pensent qu'on peut soigner - et qu'on doit soigner même contre sa volonté - un fou, un malade mental et aussi un dépressif. A la question « comment peut-on soigner un fou ? » les recours aux médicaments (26 %) et à l'hospitalisation (25 %) viennent largement en tête devant les psychothérapies (11 %). Pour le malade mental, les traitements médicamenteux sont prépondérants (40 %), contre seulement 14 % pour l'hospitalisation et 15 % pour les psychothérapies. Pour le dépressif, les traitements par psychothérapie augmentent un peu (15 %), mais le traitement médicamenteux reste prépondérant (30 %), tandis que l'hospitalisation diminue (9 %), au profit du soutien relationnel plus important (28 %).

Quant aux chances de guérison, 40 % des enquêtés estiment qu'on peut guérir un fou mais pas complètement, et 13 % seulement pensent que la guérison obtenue est totale. Seuls 8 % pensent qu'un fou peut guérir seul. Le malade mental est plus facilement guérissable (53 %), mais il ne peut guère guérir tout seul (7,6 %). Le dépressif a là encore un statut particulier car on peut le guérir dans 89 % des cas, complètement pour 68 %, et il peut guérir seul pour 31 %.

Seules 22 % des personnes sondées connaissent un autre lieu que l'hôpital psychiatrique pour soigner un fou. La réponse augmente pour le malade mental (31 %) et plus encore pour le dépressif (56 %). La maison, la famille et l'entourage viennent en premier parmi les autres lieux répertoriés devant les cliniques privées et maisons de repos (soit plutôt le secteur privé).

Envers un proche atteint de folie ou un malade mental, plus de 55 % des personnes interrogées conseillent de recourir à un professionnel de psychiatrie, contre 42 % pour un dépressif. Les professionnels de santé générale arrivent en deuxième position pour le fou et le malade mental, et en première position pour le déprimé. On conseille donc plus facilement à un proche de consulter un généraliste pour soigner une dépression.

2. De la psychiatrie vers la santé mentale, une politique régionale en construction

La question de la santé mentale à La Réunion s'est longtemps limitée à celle de la psychiatrie. Ces vingt dernières années ont été consacrées à rattraper le retard structurel en équipement de l'île et à développer l'offre de soins. La psychiatrie a fait un important effort de délocalisation et de sortie de ses murs doublée d'une amélioration considérable de l'immobilier et d'un renforcement des compétences humaines. Mais l'offre reste malgré tout encore insuffisante et incomplète.

Le volet prévention et promotion de la santé mentale a de fait été peu développé et constitue aujourd'hui, au regard de l'état de santé de la population, une des priorités de la politique régionale de prévention.

2.1. D'une politique davantage orientée vers le soin

2.1.1. Une offre de soins insuffisante et incomplète

La Réunion était la région française la moins bien dotée en psychiatrie générale avec un taux d'équipement en lits et places de 1,05 pour 1 000 habitants au 01/01/2008. Elle était classée au 21^{ème} rang national pour la psychiatrie infanto-juvénile avec un taux de 0,73 pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans.

La région est divisée en cinq secteurs de psychiatrie générale et cinq secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, soit en moyenne :

- un secteur pour 113 267 habitants de plus de 17 ans ;
- un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour 47 832 habitants de moins de 17 ans ;

auxquels s'ajoute un service médico-psychologique régional (SMPR) couvrant les trois établissements pénitentiaires de l'île. Le découpage des secteurs est cohérent avec la définition des territoires de santé.

Trois établissements de santé portent l'offre de soins :

- l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR, établissement spécialisé) : 3 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, SMPR, une unité régionale d'hospitalisation pédopsychiatrique ;
- le CHU site sud (établissement général) : 2 secteurs de psychiatrie générale et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, SMPR ;
- la clinique Les Flamboyants (établissement privé à but lucratif).

Un quatrième établissement de santé, de statut privé à but lucratif, a été autorisé, et doit ouvrir courant 2012 pour une capacité de 57 lits et 15 places dans le sud de l'île.

Sur les trois territoires de santé, des urgences psychiatriques avec lits dédiés d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont implantées dans chacun des services d'accueil des urgences de référence (CHU sites nord et sud, centre hospitalier Gabriel Martin).

La fédération intersectorielle de réadaptation et réhabilitation psycho-sociale dispose de lits d'hospitalisation, d'appartements thérapeutiques et d'équipes mobiles externes.

La démographie en professionnels de santé mentale

La démographie psychiatrique est marquée à La Réunion par une quasi-équivalence pour l'exercice salarié, mais un très fort déficit, rapporté à la moyenne nationale, pour l'offre libérale. Parallèlement, la densité de professionnels de santé mentale travaillant dans les établissements de santé est inférieure à la moyenne nationale, et ne permet donc pas de compenser la faiblesse de l'offre libérale.

L'offre de soins en psychiatrie générale (les données sont exprimées par rapport aux habitants de plus de 17 ans)

Au 31/12/2011, l'offre de soins en psychiatrie générale est composée de 349 lits d'hospitalisation complète et 124 places d'hospitalisation de jour.

La Réunion dispose d'une offre d'hospitalisation temps plein plus limitée que la moyenne nationale (-24 %), avec a contrario une équivalence pour l'hospitalisation de jour.

La faiblesse relative de l'offre globale en santé mentale, notamment en matière de démographie des professionnels de santé, se traduit par un recours plus faible que la moyenne nationale (-29 %), sans qu'aucune étude épidémiologique ne puisse démontrer une moindre prévalence de la pathologie psychiatrique à La Réunion.

Néanmoins, la première fréquentation de l'offre de santé mentale est supérieure à ce qui est observé en moyenne nationale (+24 %), traduisant un effort d'accessibilité aux soins de l'offre réunionnaise.

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile (les données sont exprimées par rapport aux habitants de moins de 17 ans)

Au 31/12/2011, l'offre de soins en pédopsychiatrie est composée de 10 lits d'hospitalisation complète et 135 places d'hospitalisation de jour.

La Réunion dispose là aussi d'une offre d'hospitalisation temps plein singulièrement plus limitée que la moyenne nationale (-63 %), avec a contrario une équivalence pour l'hospitalisation de jour. La faiblesse relative de l'offre globale en santé mentale, notamment en matière de démographie des professionnels de santé, se traduit par un recours plus faible (-20 % par rapport à la moyenne nationale), sans qu'aucune étude épidémiologique ne puisse démontrer une moindre prévalence de la pathologie psychiatrique à La Réunion.

Néanmoins, la première fréquentation de l'offre de santé mentale est supérieure à ce qui observé en moyenne nationale (+46 %), traduisant un effort d'accessibilité aux soins de l'offre réunionnaise.

L'offre de santé mentale à La Réunion présente donc un retard d'équipement important vis-à-vis de la moyenne nationale, essentiellement mesurable sur l'offre de soins à temps complet. Ceci est aggravé par une moindre démographie de psychiatres libéraux, malgré une équivalence de la densité de psychiatres hospitaliers. Pour l'ensemble des personnels dédiés à la psychiatrie, l'écart est aussi en défaveur de La Réunion.

Cela se traduit par une moindre consommation de soins et des files actives hospitalières, à proportion de la population, plus réduites et non compensées par une possibilité de recours à l'offre libérale. Néanmoins, on constate un effort d'accessibilité aux soins traduit par une plus forte fréquentation première de l'offre hospitalière.

2.1.2. Une prévention peu développée

L'analyse des ressources disponibles fait apparaître un appareil de soins structuré et dont les moyens ont augmenté mais qui cohabite avec un secteur prévention insuffisamment doté et organisé.

La question de la santé mentale n'a fait l'objet d'aucun document spécifique de planification régionale et ne figurait pas en tant que telle dans le projet régional de santé publique en vigueur jusqu'en 2010. Seul le volet psychiatrique a été pris en compte dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Le volet prévention a été abordé de manière diffuse dans certains programmes régionaux de santé thématiques tel celui des addictions du fait de la forte problématique alcool à La Réunion et de ses impacts sur la santé mentale. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) de 1^{ère} et 2^{ème} génération (2000-2006) abordaient partiellement la problématique de la santé mentale à travers l'axe consacré aux jeunes en difficulté sociale et ayant des souffrances psychiques.

Des actions ont également été initiées en matière de prévention du suicide mais en dehors d'un cadre d'intervention structurant. Il s'agissait surtout pour le groupement régional de santé publique (GRSP) de soutenir les dispositifs d'aide et d'écoute portés par le secteur associatif.

De manière plus générale, le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) 2007-2011 a favorisé la structuration de l'éducation pour la santé à La Réunion et le développement d'une culture partagée. Le SREPS visait à organiser au sein du territoire, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Cela a permis notamment le développement de pratiques de santé communautaire et une amélioration des stratégies d'intervention. Les actions d'éducation à la santé mises en œuvre dans ce contexte ont certainement impacté, de manière même indirecte, le champ de la santé mentale. Toute action visant par exemple à développer et

renforcer les compétences psychosociales des individus influe sur leur capacité à contrôler leur état de santé mentale.

De plus, en raison de la diversité des facteurs et manifestations de la souffrance psychique, des actions de promotion de la santé mentale existent mais ne sont pas identifiées comme telles. Elles sont parfois inscrites dans d'autres champs de la santé, voire du secteur social et de la lutte contre la délinquance.

Cela reste malgré tout insatisfaisant et mérite que l'on porte une attention particulière à la construction d'une véritable stratégie régionale de promotion de la santé mentale.

2.2. A l'intégration d'un volet promotion de la santé

2.2.1. La prise en compte de la complexité de la santé mentale

L'intégration de la dimension multifactorielle et transversale de la santé mentale

L'analyse du contexte régional met en évidence l'impact des facteurs sociaux, économiques, environnementaux et culturels sur la santé mentale. On constate notamment que les personnes en situation précaire n'accèdent pas aussi aisément que les autres au système de santé. Elles n'ont pas le même recours à la prévention et aux soins pour des raisons liées au niveau de revenu et d'éducation, à l'existence de priorités plus urgentes que la santé (logement, nourriture) et au regard des autres. De fait, créer des environnements favorables à la santé exige nécessairement d'intensifier la lutte contre la pauvreté et les écarts de santé entre les groupes de la société afin de faciliter l'accès au logement, à la nourriture, aux transports, à un environnement de qualité, à la culture ou encore à l'éducation. Mais lutter contre la pauvreté, c'est aussi combattre la dévalorisation, le manque de soutien social et l'exclusion et favoriser le pouvoir d'agir des personnes les plus défavorisées.

La politique de santé mentale doit intégrer cette dimension multifactorielle pour accroître son efficacité et ne pas se contenter de préconiser d'agir sur les comportements individuels. Afin d'améliorer l'état de santé de la population réunionnaise et lutter contre les inégalités sociales de santé, la politique régionale de promotion de la santé mentale doit contribuer à développer un environnement favorable à la santé de la population et permettre à chaque Réunionnais de s'approprier ou développer les moyens nécessaires pour maintenir ou améliorer son état de santé. C'est bien par une approche globale de la personne et de son environnement entendu au sens large (milieux de vie et habitudes de vie) qu'il convient d'intervenir. Pour être efficace, il faut agir sur l'ensemble des déterminants de santé et prendre en compte non seulement les facteurs

individuels mais également socio-économiques, environnementaux et culturels qui interagissent autour de chacun dans un sens plus ou moins favorable à son bien-être.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs et des compétences

La politique régionale de santé ne peut, à elle seule, influencer sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé. Compte tenu des nombreux facteurs qui interagissent sur la santé mentale de chaque individu tout au long de sa vie, il est indispensable que la dimension santé soit prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques, étatiques et locales, afin de les orienter dans un sens favorable à la santé et d'éviter d'éventuels effets indésirables.

Cela ne peut se faire sans la mobilisation et l'implication de tous les partenaires. Ces partenaires sont multiples et interviennent dans des domaines variés tels que la santé, le social, l'éducation, l'environnement, l'urbanisme et l'aménagement du territoire, l'économie, la culture, l'animation. L'enjeu consiste donc, au niveau régional, à associer des acteurs a priori extérieurs à la santé, au développement de la promotion de la santé mentale. Parmi ces acteurs, les collectivités locales ont un rôle de premier plan en raison de leurs compétences, de leur connaissance des besoins de la population et de la proximité de leur cadre d'intervention.

2.2.2. L'amorce d'une politique de promotion de la santé mentale

Le projet de santé de La Réunion et de Mayotte (PRS) 2012-2016 (8) est décliné autour de six domaines d'action dont un consacré à la santé mentale. Le développement de la promotion de la santé mentale y est clairement mentionné comme étant une des priorités régionales.

En ce sens, le schéma régional de prévention (SRP) – volet Réunion, élément constitutif du PRS, préconise la mise en œuvre d'une politique globale visant à agir sur l'ensemble des déterminants de santé à travers une action transversale, multisectorielle et de proximité. Il préconise notamment de :

- renforcer l'engagement des collectivités locales en promotion de la santé ;
- promouvoir la santé mentale ;
- lutter contre la stigmatisation ;
- développer les actions de proximité et renforcer les démarches participatives ;
- lutter contre les inégalités sociales de santé.

De manière plus précise, en matière de santé mentale, les objectifs sont les suivants :

- informer la population sur les souffrances psychiques et troubles mentaux (causes, symptômes et traitements) afin de modifier les perceptions, représentations et attitudes ;

- faire connaître les dispositifs d'aide et d'écoute dédiés notamment à la prévention du suicide ;
- sensibiliser les médecins généralistes sur le repérage des troubles dépressifs et des pathologies mentales ;
- informer les professionnels et les salariés sur les troubles psychosociaux en milieu de travail ;
- promouvoir la santé mentale auprès des groupes vulnérables en favorisant la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale pour des publics spécifiques (jeunes, détenus, personnes âgées) et auprès des acteurs qui les prennent en charge ;
- favoriser la prise de conscience de l'entourage (amis, famille, enseignants éducateurs, intervenants auprès des personnes âgées...) pour qu'ils puissent réagir, soutenir la personne en difficulté et l'orienter vers les professionnels compétents ou les structures adaptées.

De plus, le PRAPS Réunion-Mayotte 2012-2016 inscrit également, dans sa partie réunionnaise, la santé mentale comme axe prioritaire concernant les personnes les plus démunies et affirme pleinement la corrélation entre précarité et santé mentale. L'une des fiches programme du PRAPS Réunion vise à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique à travers les objectifs suivants :

- intégrer des actions de promotion de la santé mentale dans les programmes territoriaux de santé et dans les lieux de vie collectifs ;
- repérer les situations de souffrance psychique et prévenir l'apparition de troubles mentaux ;
- améliorer la coordination des acteurs locaux en lien avec les secteurs de psychiatrie et favoriser les démarches locales de coopération (développement des conseils locaux de santé mentale) ;
- développer les compétences des professionnels intervenant auprès des populations en situation de précarité.

L'état de santé mentale de la population réunionnaise est préoccupant et tend à se détériorer du fait du contexte local. La notion de santé mentale est difficile à cerner, complexe et ne peut être réduite à la maladie mentale. Elle englobe également les manifestations de détresse des individus en difficulté dans leurs relations avec les autres et leur environnement. Elle déborde sur la ville et interpelle les élus locaux dans leur quotidien. Quel rôle la ville peut-elle, doit-elle, jouer dans le domaine de la santé mentale ?

2^{EME} PARTIE : LES ELUS LOCAUX, ACTEURS ESSENTIELS DE LA SANTE MENTALE AU CŒUR DE LA CITE

Depuis le début des années 80, les collectivités territoriales ont pris une place de plus en plus importante dans le développement et la mise en œuvre des politiques publiques, en particulier dans les domaines sanitaire, social et éducatif. Bien que les villes n'aient pas de compétences réglementaires en santé, elles engagent des actions de plus en plus nombreuses en ce domaine. Ce rôle est légitime du fait de leur connaissance de la réalité de vie et des difficultés des habitants, ainsi que de leur connaissance des ressources de leur territoire, et de leur capacité à agir et coordonner les acteurs au niveau local.

L'île de La Réunion est composée de 24 communes de 5 000 à 150 000 habitants (8 communes ont moins de 10 000 habitants et 2 ont plus de 100 000 habitants). Comment les maires de ces villes se confrontent-ils à la question de la santé mentale ? Quel est leur rôle ? Quels sont leurs leviers d'action ?

1. Les élus, acteurs incontournables au quotidien

Les élus locaux ont rôle croissant dans des pratiques de santé mentale multiples et variées, légitimées par la loi ou rendues nécessaires par les interpellations des citoyens et des professionnels de terrain confrontés à des situations de mal-être de plus en plus nombreuses.

1.1. Une intervention légitime

1.1.1. Les pouvoirs du maire en matière d'hospitalisation d'office

Le maire dispose d'un important pouvoir de police et est responsable du maintien de l'ordre dans sa cité. La loi lui confère des pouvoirs en matière d'hospitalisation. En effet, la procédure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat prévoit un dispositif d'urgence (article L. 3213-2 du code la santé publique) qui permet au préfet de prendre une décision faisant suite à une mesure provisoire, notamment d'hospitalisation, du maire. Cette mesure prend la forme d'un arrêté municipal. L'article L.3213-2 précise les conditions dans lesquelles cette mesure d'hospitalisation d'office (HO) peut être prise : *« En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un*

arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L.3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. ».

A La Réunion, les maires sont à l'initiative d'une centaine d'hospitalisations sans consentement par an (figure 1). A contrario, les décisions prises directement par le préfet dans le cadre de la procédure de droit commun (article L.3213-1) sont très peu nombreuses. Il y a en moyenne 15 hospitalisations d'office pour 100 000 habitants par an, dont 13 prises après un arrêté municipal provisoire. Les maires réunionnais sont donc non seulement légitimés à intervenir en santé mentale pour des motifs liés à la sureté des personnes et à l'ordre public, mais ils sont également impliqués (figure 2) au regard de la proportion de leurs interventions dans le total des hospitalisations d'office (80% en moyenne sur les trois dernières années).

Figure 1 (sources ARS-OI)

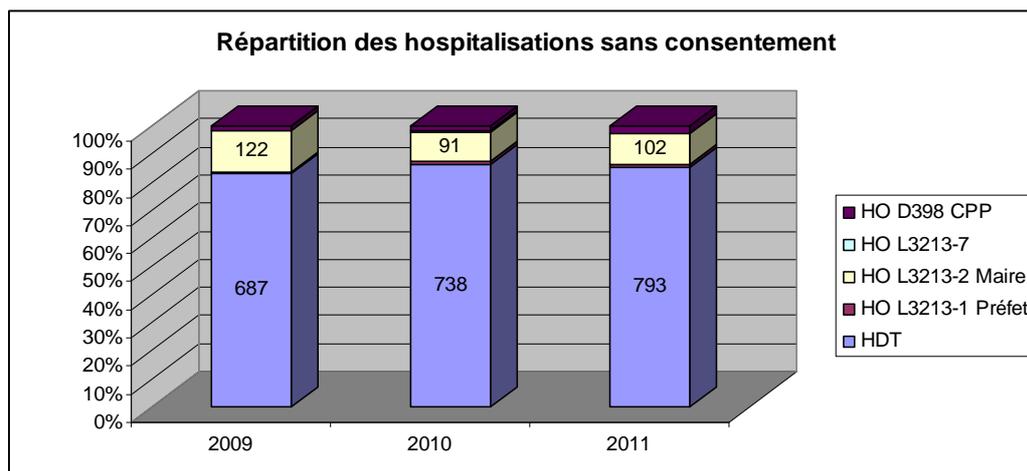
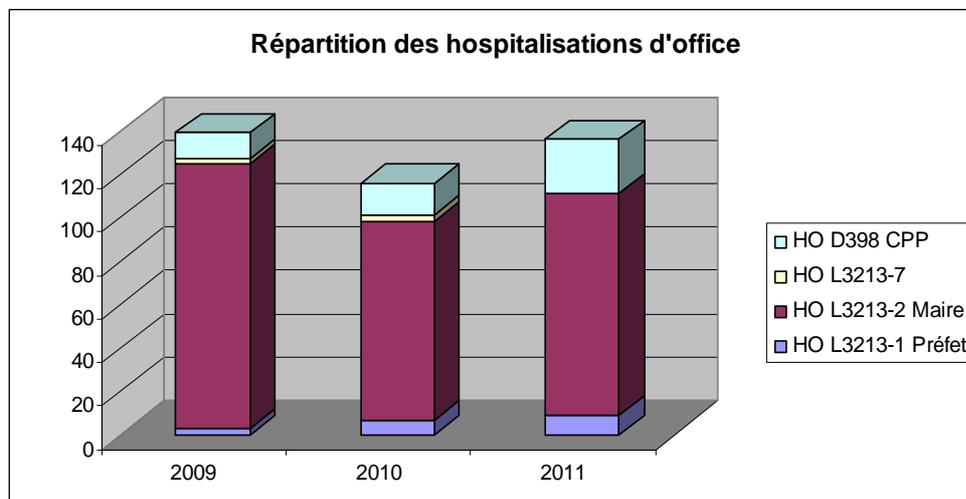


Figure 2 (sources ARS-OI)



Cela tend à montrer que les mesures d'hospitalisation d'office se font le plus souvent dans des situations d'urgence où l'intervention des maires réunionnais est devenue principale et régularisée a posteriori par le préfet. Les maires sont en première ligne pour agir et réagir. Toutefois, cette importance est à relativiser au vu du nombre relativement peu élevé d'HO réalisées chaque année.

En l'absence d'enquête qualitative, il est difficile de connaître précisément leurs pratiques et éventuelles difficultés dans l'exercice de ce pouvoir de police. Cependant, des réflexions menées en métropole, notamment dans le cadre des séminaires (9) et de la recherche-action (10) réalisés conjointement par la délégation interministérielle à la ville (DIV) et l'observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité - observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ONSMP-ORSPERE) entre 2003 et 2006, montrent que les élus sont souvent en difficulté car cette pratique les renvoie à des questions d'ordre éthique, politique, social et psychologique. Les maires réunionnais éprouvent très certainement les mêmes difficultés que leurs homologues métropolitains. Cependant, l'ampleur de ces difficultés diffère sans doute selon la taille de la commune, le nombre d'HO pratiquées et les ressources dont ils disposent pour apprécier les situations individuelles.

1.1.2. La confrontation à la souffrance psychosociale

La souffrance psychosociale, qualifiée en 1995 dans le rapport Lazarus de « souffrance qu'on ne peut plus cacher » (11) n'a fait qu'augmenter, en lien avec la précarité croissante depuis la fin des années 1980. Pour Jean Furtos, psychiatre et directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE, c'est une question sociale et politique : « *Il existe une précarité qui ne crée pas de lien, mais de l'isolement, de la paranoïa, de la mélancolie sociale, et que l'on observe dans le climat international de la mondialisation des flux d'argent, des biens et des personnes, produisant des effets très ressemblants en France, à Bamako ou en Australie* » (12). Le terme de souffrance psychosociale rend compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une « maladie mentale » soit identifiable. Il s'agit davantage de situations de souffrance relevant plutôt d'un désordre social lié aux nouveaux modes d'organisation économique et sociale, que de l'ordre publique ou psychiatrique. La psychiatrie ne peut à elle seule répondre à ces besoins nouveaux, une articulation avec le secteur social et éducatif s'avère indispensable. C'est finalement plus à travers la lutte contre les exclusions et la politique de la ville qu'est abordée et reconnue la souffrance psychosociale. Elle est en effet corrélée aux problèmes sociaux et économiques tels que le chômage et l'exclusion, et aux évolutions de la société. Promouvoir la santé, c'est aussi agir sur les causes de la misère.

Les élus réunionnais sont fortement confrontés aux effets de la précarité et de l'exclusion sur l'état de santé de leurs concitoyens. La Réunion se caractérise par des indicateurs de précarité particulièrement forts en termes financier, de chômage et d'emploi, de formation et scolarité, de logement et de santé. L'île connaît également un phénomène important de violences, qui s'expriment plus particulièrement dans le champ intrafamilial, et de conduites à risques liées notamment à l'alcoolisme. Les transformations rapides (trop rapides ?) de la société réunionnaise ont bouleversé les repères et impacté les modes de vie et les comportements. Ces facteurs ont eu des effets d'ordre individuel et collectif, générant mal-être, perte d'identité et mésestime de soi, et mettant à mal le vivre ensemble.

Cette précarisation de la population et son impact sur l'état de santé mentale interpellent en premier lieu les acteurs de première ligne, travailleurs sociaux et élus, dans leur pratique professionnelle. Comment alors répondre à cette souffrance, exprimée ou silencieuse, larvée au cœur de la cité ?

1.2. Une position stratégique au cœur des politiques publiques

1.2.1. Une proximité du citoyen et de l'utilisateur

Outre les compétences inscrites dans la législation, les élus locaux sont au cœur de la promotion de la santé en raison d'une forte proximité avec les administrés et d'une bonne connaissance du territoire, de ses particularités et de ses ressources (humaines, environnementales). Ils disposent en outre de services de proximité et d'un niveau d'intervention adaptés au développement d'actions de santé. Ils sont interpellés dans leur quotidien par leurs administrés, et ce d'autant plus que les communes réunionnaises sont de taille plutôt modeste. Ils doivent gérer les plaintes et les troubles de voisinage, et sont bien souvent sollicités par les familles pour un emploi ou un logement. Les maires restent les interlocuteurs privilégiés des citoyens réunionnais jusqu'à être parfois considérés comme des « pères » pouvant apporter des solutions à tous les maux.

La proximité de l' élu local concourt également au maintien ou au rétablissement du lien entre les populations et les dispositifs et institutions. De plus, l' élu est légitime à représenter l'intérêt général local et peut de ce fait mobiliser et faciliter l'organisation des ressources sur son territoire au regard des besoins émergents.

1.2.2. Une capacité à agir sur les déterminants de santé

Les élus locaux disposent désormais d'un large champ d'intervention pour agir sur les paramètres qui conditionnent la qualité de vie, autrement dit sur les déterminants socio-environnementaux. En effet, les collectivités élaborent des politiques territorialisées du transport, du logement, de la petite enfance, de la jeunesse, du bien-vieillir, de l'aménagement du territoire...qui contribuent à créer un environnement favorable à la santé des habitants et à lutter contre les inégalités sociales de santé. Ils œuvrent globalement en faveur du développement local et peuvent de ce fait intégrer les questions de santé dans l'ensemble des politiques locales. Cependant, tous n'ont pas encore pris conscience des leviers d'action dont ils disposent et continuent à penser que la santé est exclue de leur champ de compétences.

2. Les élus locaux, pivots du développement des démarches locales

2.1. Le rôle des villes en matière de santé mentale

2.1.1. Des fonctions multiples

Réfléchir à l'amélioration du « vivre ensemble » sous entend de réfléchir à l'amélioration des conditions qui favorisent une meilleure santé psychique pour tous dans les villes. Les élus doivent influencer sur toutes les politiques susceptibles elles-mêmes d'influer sur la santé des habitants et relevant de leur champ de compétences. Les villes sont sans doute les seules capables de décliner et mettre en œuvre les politiques régionales et de les adapter à leurs spécificités. L'objectif est de faire que chacun puisse vivre avec sa maladie, sa souffrance, ses difficultés convenablement ou le mieux possible dans la ville. Pour cela, il est nécessaire de travailler le plus en amont possible et de faire de la prévention pour éviter d'intervenir dans l'urgence.

Ainsi que l'affirme Fernando Bertolotto (13), on peut identifier « *cinq fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale qui signalent l'importance de leur rôle dans le champ local de la santé publique, notamment dans une perspective de prévention* ». Les maires ont un pouvoir de régulation, d'interpellation, de convocation, de médiation et d'élaboration en ce qui concerne les situations, les réseaux et les initiatives de santé mentale. De fait, les élus ont la capacité notamment de contribuer au fonctionnement du système local de santé, de jouer un rôle d'interface entre les différents champs de compétences (sanitaire, sociale, économique, sécuritaire...) et de médiateur au sein de la communauté, et d'interpeller les autorités publiques compétentes en cas de nécessité ou de défaillance.

2.1.2. Des ressources disponibles

Pour mener leur mission, les élus peuvent mobiliser les ressources (structurelles, humaines et financières) dont ils disposent. Ils peuvent s'appuyer sur leurs services de proximité et les personnels dédiés à l'action communale. Encore faut-il que ces services soient suffisamment bien structurés et coordonnés, et capables de travailler en synergie et transversalité. Cela implique également que le personnel en lien direct avec les personnes en situation de souffrance soit en capacité d'identifier, de gérer et d'orienter ces situations souvent complexes où la précarité masque parfois la dégradation de l'état mental. La question de la formation des professionnels de terrain aux questions de santé, et de leurs pratiques, est primordiale et doit être soulevée au travers notamment des cursus de formation initiale mais également de la formation continue.

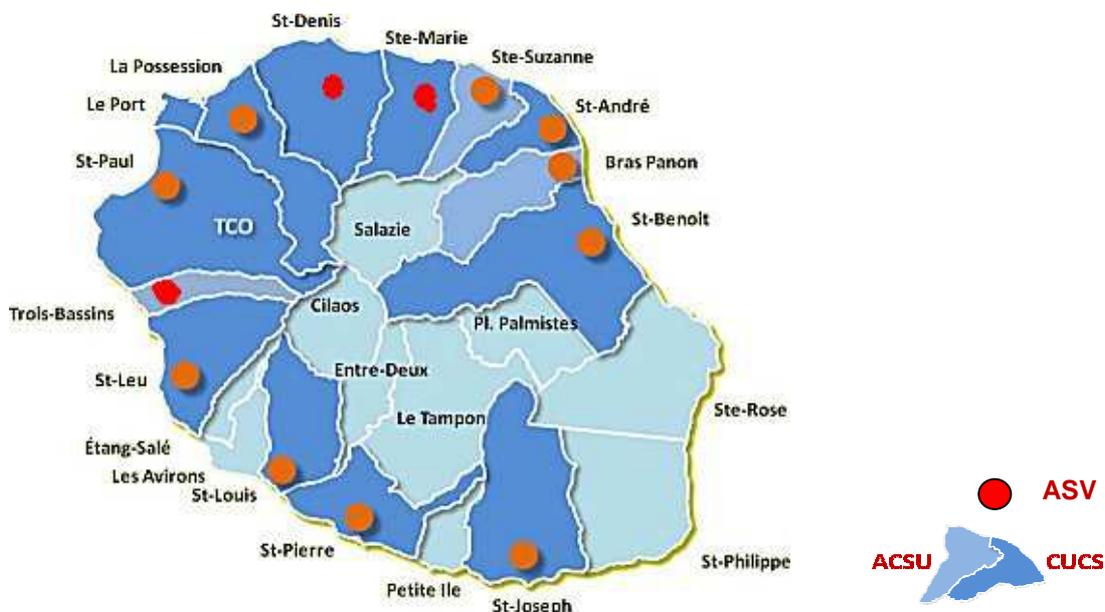
L'implication des élus en matière de santé risque d'engendrer un coût pour les communes. Or, toutes ne sont pas disposées à consacrer des fonds à ce domaine considéré souvent comme non prioritaire de l'action communale.

On constate par ailleurs que l'existence de certains dispositifs publics sur les territoires communaux constitue un levier d'action en promotion de la santé. C'est le cas des dispositifs de la politique de la ville, notamment les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et les ateliers santé ville (ASV), ou du réseau français des villes santé de l'OMS. La politique de la ville est particulièrement présente à La Réunion puisque 15 communes sur 24 disposent d'un CUCS (41 quartiers prioritaires soit 42% de la population réunionnaise) et 12 d'un ASV.

L'action de la politique de la ville en matière de santé porte sur trois axes d'intervention :

- favoriser la présence d'acteurs de santé et la réalisation d'actions de santé dans les quartiers réunionnais ;
- responsabiliser les habitants à leur propre prise en charge ;
- favoriser le développement d'actions de santé communautaire.

Figure 3 : Cartographie des ateliers santé ville à La Réunion (*sources : Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de La Réunion*)



2.2. Un rôle dépendant de la volonté politique

2.2.1. Une implication très variable sur les questions de santé

Les actions de santé dans les villes sont fragiles, inégales et dépendantes du volontarisme ou non des élus. La perception de la place de la santé dans les politiques locales et l'organisation des services diffèrent selon les communes réunionnaises. Certaines villes ont inscrit la santé dans leurs politiques territoriales depuis plusieurs années, alors que d'autres ne sont pas encore pleinement conscientes de l'impact de leur action sur le cadre de vie et donc sur la santé de la population. Certaines ont un élu dédié à la santé, d'autres n'en voient pas l'intérêt.

Pourtant, les élus réunionnais sont de plus en plus interpellés par les usagers sur des questions de santé et notamment d'offre et d'accès aux soins et à des services de proximité. C'est souvent au travers des questions relatives au maintien de l'ordre public que les élus et professionnels investissent la thématique santé mentale (14). Les problèmes liés notamment aux addictions et aux violences sont à l'origine de comportements visibles dans l'espace public mais encore trop souvent abordés sous l'angle de la prévention de la délinquance. Les maires doivent donc répondre à ces sollicitations et, poussés en ce sens par la population, intègrent peu à peu le champ de la santé à leurs politiques.

Les ASV de l'île se sont constitués et structurés seulement depuis 2009. Compte tenu de la durée de la phase de diagnostic et d'élaboration des plans locaux de santé publique (PLSP), peu d'actions de santé ont été mises en œuvre ces trois dernières années. En 2010, sur 248 actions de proximité réalisées dans le champ de la politique de la ville, seules 9 actions relevaient du domaine santé et accès aux soins. Les PLSP étant aujourd'hui finalisés, le nombre d'actions de

santé va inévitablement croître. Toutefois, les questions de santé mentale ne figurent de manière explicite dans aucun des PLSP, centrés davantage sur les problématiques liées à la nutrition, aux addictions et à la sexualité.

2.2.2. La nécessité d'une prise de conscience

A ce jour, les villes réunionnaises sont relativement faibles et pourtant incontournables dans le champ de la santé. Elles doivent devenir des acteurs respectés et porteurs d'un projet politique : celui de l'accès à la prévention, aux soins et à la santé pour tous. Cela nécessite une prise de conscience de la part des élus locaux de leur rôle en ce domaine. Ils doivent désormais se concevoir aussi comme des acteurs de santé dont l'action est complémentaire de celle de l'Etat et s'intégrer dans la dynamique régionale de santé. Ils contribuent pleinement à la mise en œuvre de la politique régionale au plus près des réunionnais et ne doivent pas dissocier l'action qu'ils mènent au niveau local des orientations régionales. Si le maire est bien le seul « maître à bord » de sa commune, il ne doit pas négliger pour autant l'importance de son rôle dans une double dimension :

- en tant qu'acteur responsable des politiques locales et de leur impact sur les conditions de vie des réunionnais,
- en tant qu'acteur en devenir de la politique régionale de santé.

Les élus réunionnais sont donc concernés par les questions de santé mentale et interviennent sur leurs territoires obligés en cela par la loi ou le contexte local. Ils sont fortement interpellés dans leur pratique quotidienne par les situations de souffrance psychosociale qui s'expriment au sein de la communauté et dont le traitement dépasse largement le champ de la psychiatrie. Pour autant, la santé mentale n'apparaît pas comme une priorité des communes déjà plus ou moins engagées dans des démarches locales de promotion de la santé. Les élus doivent donc prendre pleinement conscience de leur rôle et des leviers d'action dont ils disposent pour contribuer au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé mentale de leurs concitoyens. Toutefois, ils ne peuvent agir seuls et doivent pouvoir compter sur un positionnement fort de l'Etat engagé à leurs côtés pour développer une politique concertée et cohérente à tous les échelons du territoire. Comment renforcer l'implication des élus locaux en promotion de la santé mentale et les convaincre de leur intérêt à agir ? Quel rôle l'ARS doit-elle avoir auprès des collectivités et quels sont ses leviers d'action ?

3^{EME} PARTIE : ELUS LOCAUX ET ETAT, UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PARTENARIALE

L'Etat doit se positionner comme partenaire des élus locaux et faciliter leur engagement dans le domaine de la santé. Il doit créer, à son niveau, les conditions de cet engagement et accompagner les élus dans les méandres des politiques publiques. Fort de son rôle de pilote de la politique régionale de santé, l'Agence de santé Océan Indien est aussi le garant de l'équité des dispositifs et moyens mis en œuvre sur l'ensemble du territoire et doit veiller à ne pas laisser se creuser les inégalités sociales de santé. Mais comment l'ARS peut-elle jouer son rôle aux côtés des élus locaux ? Comment cadrer et consolider une intervention publique pertinente au niveau local ? Comment accompagner et soutenir les élus dans leurs démarches ?

1. Les conditions d'un engagement durable

1.1. Les freins à l'engagement des élus dans le champ de la santé

Les réticences des élus réunionnais à s'impliquer dans le domaine de la santé sont liées à plusieurs facteurs que l'Agence de santé Océan Indien doit prendre en compte.

1.1.1. L'absence de cadre réglementaire

Les élus locaux ne disposant pas de compétences légales en matière de santé, leur rôle reste peu reconnu et ils sont parfois quelque peu réticents à s'engager dans des démarches de santé. Ils expriment souvent un sentiment de crainte de devoir faire « à la place » de l'Etat. Le contexte budgétaire actuel ne les incite pas non plus à s'engager dans un domaine dont ils ne se sentent pas investis et qui nécessiterait de leur part la mobilisation de moyens financiers et humains supplémentaires. De plus, les résultats d'une politique de prévention et de promotion de la santé ne se mesurent pas à court terme. Or le temps d'action de l'élu n'est pas forcément identique à celui de l'Etat. L'engagement des élus est de ce fait totalement aléatoire et soumis à leur volonté. Il est donc important d'une part, de reconnaître et affirmer le rôle et la place des élus dans le champ de la santé, et d'autre part, de travailler sur la mise en évidence d'enjeux communs pouvant constituer les bases du partenariat entre l'Etat et les collectivités locales.

1.1.2. Un déficit de connaissance du champ de la santé

Une représentation de la santé parfois restrictive

Certains élus ont encore à ce jour une représentation trop sanitaire de la santé publique et perçoivent la santé comme une affaire réservée aux médecins. Les élus ne maîtrisent pas toujours les définitions et concepts du champ de la santé publique, et plus particulièrement de la santé mentale, difficile à appréhender car pluridisciplinaire et multifactoriel.

Une méconnaissance des enjeux de santé à l'échelon des territoires

Les élus méconnaissent parfois les enjeux régionaux et ne disposent pas véritablement d'outils d'observation et d'alerte de l'état de santé de leurs administrés. La Réunion, région monodépartementale, dispose essentiellement de données régionales. Il serait souhaitable de développer l'observation au niveau infra régional pour avoir une cartographie des besoins et de l'offre de santé au niveau communal voire infra communal. Cela permettrait non seulement de mieux cibler les actions de prévention en termes de territoire et de population mais également de dialoguer plus aisément avec les élus.

1.1.3. La faiblesse des moyens communaux

Les compétences et savoir-faire

La santé publique, et particulièrement la santé mentale, est un domaine complexe qui nécessite des connaissances, compétences et savoir-faire. Les communes, élus et leurs services, ne maîtrisent pas toujours ce domaine et ne sont pas en capacité de déterminer les modes d'intervention appropriés en matière de promotion de la santé. De plus, s'interroger sur les modes d'intervention, c'est aussi s'interroger sur la participation des habitants, chose peu aisée à mettre en œuvre et susceptible de gêner les élus confrontés ainsi à la parole des citoyens.

Les moyens financiers

Face à des dépenses obligatoires qui ne cessent de croître, de nombreuses communes réunionnaises préfèrent consacrer leur budget en priorité à la réalisation des missions qui leur sont conférées par la loi. Celles qui s'engagent dans le domaine de la santé sont dès lors fortement en demande d'un soutien financier de l'Etat. La question des financements est bien souvent brandie par les élus comme le préalable à leur engagement politique et peut constituer un frein à la dynamique partenariale avec l'Etat. Certes, cette question ne doit pas être négligée, mais elle ne doit pas primer sur les enjeux relatifs au bien-être de la population. Il paraît plus

judicieux de s'accorder sur ces enjeux et sur les objectifs à atteindre par territoire, pour ensuite définir conjointement les modalités de mises en œuvre, y compris financières.

1.2. Les leviers d'action de l'ARS

Bien que l'implication des élus dans le domaine de la santé soit largement dépendante de leur volonté, il appartient à l'Agence de santé Océan Indien de créer, au niveau régional, les conditions favorisant cet engagement.

1.2.1. Reconnaître et renforcer la place des élus locaux

Pour que les villes s'impliquent dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé, elles doivent être associées en amont, et ce dès son élaboration. L'Etat doit reconnaître leur rôle et leur offrir la possibilité de devenir véritablement actrices du système de santé pour le faire évoluer vers plus d'égalité, de proximité et de démocratie.

La loi hôpital, patients, santé et territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009 confère une place prépondérante aux collectivités locales dans les instances consultatives des agences régionales de santé. Ainsi, elles ont la possibilité de participer activement au processus de démocratie sanitaire en siégeant à la conférence régionale de santé et de l'autonomie et à ses commissions spécialisées, aux conférences de territoires et aux commissions de coordination des politiques publiques. Les conférences de territoires, plus proches des élus locaux et de la population, sont très certainement des instances de dialogue et d'information à privilégier. Deux instances sont spécifiquement consacrées à la prévention : la commission spécialisée de prévention et la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile.

Cette reconnaissance de la place et du rôle des élus locaux dans le processus décisionnel de la politique régionale de santé permet de les associer pleinement à la définition des orientations et à la mise en œuvre des actions. Cela devrait favoriser la complémentarité des politiques menées et des actions réalisées, et inciter à la mutualisation des moyens.

Toutefois, la lourdeur de ces instances pourrait à terme constituer un frein à l'implication des élus, très souvent sollicités dans une région monodépartementale comme La Réunion. On constate également que les élus réunionnais sont davantage présents dans les débats et instances relatifs à l'offre de soins qu'à la promotion de la santé. Ils se sentent a priori plus concernés par les enjeux liés à l'accès à des équipements sanitaires et médico-sociaux sur leurs territoires.

Au niveau régional, le rôle des élus locaux réunionnais en promotion de la santé a été affirmé et inscrit dans le schéma régional de prévention piloté par l'Agence de santé Océan Indien. Celui-ci préconise en effet de favoriser l'engagement des collectivités locales à travers les objectifs suivants :

- sensibiliser les élus et décideurs locaux à l'impact du cadre de vie sur la santé des populations ;
- faire prendre conscience aux élus et décideurs locaux de leur rôle d'acteurs de prévention et des leviers dont ils disposent dans leur champ de compétences ;
- favoriser l'émergence d'une démarche de santé sur leurs territoires.

Pour y parvenir, le schéma invite à :

- mener des actions de sensibilisation auprès des représentants des collectivités ;
- favoriser le développement de projets locaux de santé dans le cadre de dispositifs territoriaux de santé (CUCS et ASV en politique de la ville, contrats locaux de santé...) ;
- valoriser les expériences de promotion de la santé initiées par les communes ;
- structurer un réseau de référents territoriaux sur les questions de santé.

1.2.2. Faciliter le développement d'une culture commune

Comprendre de quoi on parle...

Les représentations qu'ont les professionnels et la population de la santé mentale influent sur la mise en œuvre de démarches d'intervention et sur l'accès à la prévention et aux soins. La façon dont est perçue l'expression « santé mentale » est révélatrice de peurs, de stigmatisations, de hontes engendrées par l'incompréhension des maladies mentales auxquelles la santé mentale est souvent associée. Les élus n'échappent pas à ce phénomène qui peut constituer un frein à leur engagement. La complexité de la définition de la santé mentale et ses représentations nécessitent de s'entendre sur un cadre référentiel et de développer une culture commune qui réduise les stigmates et hontes attachées aux problèmes de santé mentale et qui mettent en avant ces problèmes. L'ARS-OI doit ainsi aller vers les élus et les aider à s'approprier les enjeux et les concepts en matière de santé mentale, et plus largement de santé publique.

...et parvenir à se comprendre

L'Etat et les élus locaux doivent apprendre à se connaître et respecter leurs champs et modes d'intervention. Ils doivent faire converger leurs intérêts, dépasser les enjeux de territoire et les querelles de pouvoir pour agir dans l'intérêt général.

L'ARS-OI doit maîtriser davantage la culture communale et œuvrer dans une démarche tout à la fois ascendante et descendante, c'est-à-dire intégrant une réelle dynamique partenariale. Cela nécessite une présence forte des services de l'Agence, et notamment du service prévention, à un échelon infra régional.

De plus, bien que légitimée dans sa position de garant de la politique de santé, l'ARS ne bénéficie pas toujours de la confiance suffisante des représentants des collectivités pour convaincre ces derniers de l'intérêt à agir en promotion de la santé. Les élus ont de fait une plus grande légitimité à s'adresser à leurs pairs, au-delà des clivages politiques, car ils partagent bien souvent les mêmes intérêts et difficultés sur leurs territoires. L'ARS doit donc s'appuyer sur la capacité des communes à mettre en valeur leurs actions et expériences pour encourager la transférabilité sur d'autres territoires. L'Agence peut, et doit, à son niveau favoriser les conditions de ce dialogue et soutenir les initiatives avec les moyens dont elle dispose.

A cet égard, le projet « Vivre en santé à La Réunion », développé en 2011 par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et soutenu par l'ARS-OI, vise à encourager et convaincre les élus locaux et les décideurs des collectivités locales de l'intérêt à agir en promotion de la santé, et de les accompagner dans cette démarche. Il s'agit d'un programme sur trois ans (2011-2013) qui consiste à développer une dynamique de promotion de la santé à partir d'une journée annuelle de rencontre et d'échanges entre élus, responsables locaux et acteurs de santé. Les objectifs opérationnels du projet sont les suivants :

- favoriser et faciliter l'implication des élus des collectivités locales dans une démarche intersectorielle de promotion de la santé ;
- créer un espace d'échanges sur les questions en lien avec la santé ;
- valoriser les expériences de promotion de la santé initiées dans les communes ;
- structurer un réseau d'élus concernés par les questions de santé.

Le séminaire de 2011 a été consacré au rôle des collectivités locales en promotion de la santé présenté par une élue métropolitaine, et à la politique régionale de santé. La 2^{ème} édition sera construite autour des problématiques liées à la nutrition, thème fédérateur au sein des communes. L'édition de 2013 pourrait être consacrée au thème de la santé mentale. Au-delà de cette journée annuelle d'échanges et de valorisation des actions, ce projet s'attache également à mettre à disposition des collectivités désireuses d'agir en promotion de la santé, un accompagnement méthodologique et technique à l'élaboration de projets et à l'évaluation.

1.2.3. Clarifier le cadre d'intervention au niveau régional

Garantir une meilleure lisibilité des politiques publiques

Les politiques menées par les institutions en matière de prévention sont bien souvent insuffisamment coordonnées entre elles malgré les apports du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) de La Réunion. Cette instance a en effet contribué pour partie à faire émerger une coordination des acteurs institutionnels mais n'est toutefois pas parvenue à fédérer pleinement ses membres autour de priorités régionales partagées. Cela a engendré un manque de cohérence et de lisibilité pour les acteurs de terrain et favorisé l'émergence d'une forme de concurrence entre les porteurs de projets, renforcée en période de contrainte budgétaire.

La juxtaposition des dispositifs et procédures institutionnelles ne contribue pas non plus à clarifier l'action publique. Or, pour être efficace, la prévention doit agir sur plusieurs leviers simultanément et dans la durée. Elle est par essence interministérielle et interinstitutionnelle. Elle est pluridisciplinaire et doit faciliter une approche globale par des acteurs appartenant à des champs complémentaires afin de démultiplier les impacts. Des actions cohérentes, conduites dans les divers secteurs de la société, renforcent les messages, leur compréhension, l'acquisition des savoirs et enfin leur appropriation par les personnes. Face à cette situation, il est donc nécessaire d'assurer la cohérence des politiques publiques portées notamment par l'Etat et les collectivités locales. La commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile est un levier qui devrait contribuer à développer une politique de prévention coordonnée, appliquée à tous les âges de la vie et répartie équitablement sur la région.

Préciser le cadre d'intervention dans le champ de la santé mentale

Le projet de santé pose les objectifs généraux de la politique régionale de santé mentale dans ses volets offre de soins et prévention. Si le cadre national du PRS ne prévoit pas de programme spécifique « santé mentale », la promotion de la santé mentale mériterait toutefois d'être traitée spécifiquement compte tenu des connotations dont elle est l'objet et des freins qui peuvent s'opposer à la mise en œuvre d'une action. A La Réunion, l'élaboration d'un programme de promotion de la santé mentale avec l'ensemble des acteurs permettrait de construire le cadre d'intervention qui manquait jusqu'à présent. Ce cadre positionnerait chaque partenaire au regard de son champ de compétences, et préciserait les modalités d'intervention et de coopération à mettre en œuvre.

Développer un système d'information en santé mentale

Ce cadre d'intervention ne sera pertinent que s'il repose sur un diagnostic partagé. Or, actuellement, la fonction d'observation de l'état de santé mentale de la population n'est pas

développée. Les données disponibles sont insuffisantes pour cerner au mieux les besoins. A la demande de l'ARS-OI, l'observatoire régional de la santé de La Réunion (ORS) travaille à l'élaboration d'un tableau de bord sur le suicide. Cela permettra d'éclairer une des problématiques de santé mentale mais doit être considéré comme une première phase de développement d'un véritable système d'information en santé mentale dont l'impulsion et le pilotage incombent à l'Agence.

Il s'agit bien désormais de favoriser l'émergence de politiques territoriales de santé qui doivent s'articuler avec la politique régionale dans une démarche de complémentarité. L'objectif de la politique régionale de santé est de fixer, au regard d'un diagnostic partagé, un cadre général et des orientations avec l'ensemble des acteurs. L'objectif des politiques locales de santé est de décliner ces orientations de manière opérationnelle sur des territoires infrarégionaux (territoires de santé, communes, quartiers...) au plus près des besoins et des habitants, et avec des modes d'intervention adaptés.

2. Le développement des politiques locales de santé mentale

L'Agence de santé Océan Indien doit soutenir et accompagner les communes dans la mise en œuvre de programmes locaux de santé incluant les questions de santé mentale. L'intégration de ces programmes dans un contrat avec l'ARS-OI permettrait de conforter les politiques locales de santé dans un cadre structurant et de garantir une cohérence avec la politique régionale de santé. Dans le champ de la santé mentale, l'Etat peut également aider plus particulièrement au développement de la coordination et de la concertation locale dans une approche communautaire de la santé mentale.

2.1. La contractualisation des démarches locales de santé

2.1.1. Les contrats locaux de santé

Le contrat local de santé (CLS) est une mesure innovante de la loi HPST du 21 juillet 2009. Il est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi, caractérisé par un pilotage unifié de ses différentes composantes :

- promotion et prévention de la santé dont problématiques de santé-environnement,
- soins ambulatoires et hospitaliers,

- accompagnement médico-social,
- au besoin veille et sécurité sanitaire.

Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des infra-territoires de santé. Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.) ;
- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le projet régional de santé en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé, mais aussi des acteurs. Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, conférence régionale de santé et de l'autonomie) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.) et vise un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Quel que soit le territoire de proximité sur lequel le CLS s'appuie, il doit être envisagé comme un outil de contractualisation transverse. En ce sens, il a pour objectifs d'articuler les différentes politiques en matière de santé (actions menées localement dans le cadre du PRS et actions des démarches locales de santé), de répondre à des enjeux sanitaires sur un territoire donné, partagé avec les collectivités territoriales, et intègre des objectifs et actions de plusieurs des champs suivants : promotion et prévention de la santé, offre de premier recours, sanitaire ou médico-sociale, respect des droits des usagers.

Bien que les initiatives locales existantes soient le plus souvent exclusivement dédiées à la promotion et prévention de la santé, les CLS incitent quant à eux à élargir le champ de la contractualisation à l'ensemble des compétences de l'ARS.

En impliquant l'ensemble des acteurs dans le champ mais aussi hors du champ de la santé (cohésion sociale, éducation, etc.), le CLS favorise les synergies pour répondre de manière plus adaptée et efficace aux besoins de santé sur les territoires.

De manière à assurer le portage politique du CLS, les contrats sont signés principalement par les élus des collectivités territoriales (maires, présidents des communautés de communes...).

Le CLS a ainsi vocation à permettre :

- la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local en suscitant ou confortant une dynamique partenariale assurant une plus grande cohérence des actions sur le territoire défini ;
- la mutualisation des moyens et des compétences de l'ensemble des acteurs du champ sanitaire ;
- l'affirmation du caractère transversal de la santé en impliquant l'ensemble des professionnels de santé sur leur territoire dans l'élaboration des politiques, des priorités et de leurs applications locales ;
- la reconnaissance du principe d'intersectorialité et du rôle de l'ensemble des acteurs du domaine, notamment celui des collectivités locales qui disposent d'un large champ d'intervention en matière de déterminants socio-environnementaux et se positionnent de fait comme des acteurs incontournables pour créer un environnement favorable à la santé globale des habitants ;
- la réduction des inégalités de santé et la consolidation de la démocratie sanitaire pour répondre aux besoins de santé des habitants du territoire de manière ciblée et efficace ;
- le renforcement de la place des communes dans ces problématiques et la pérennisation de la coopération existante.

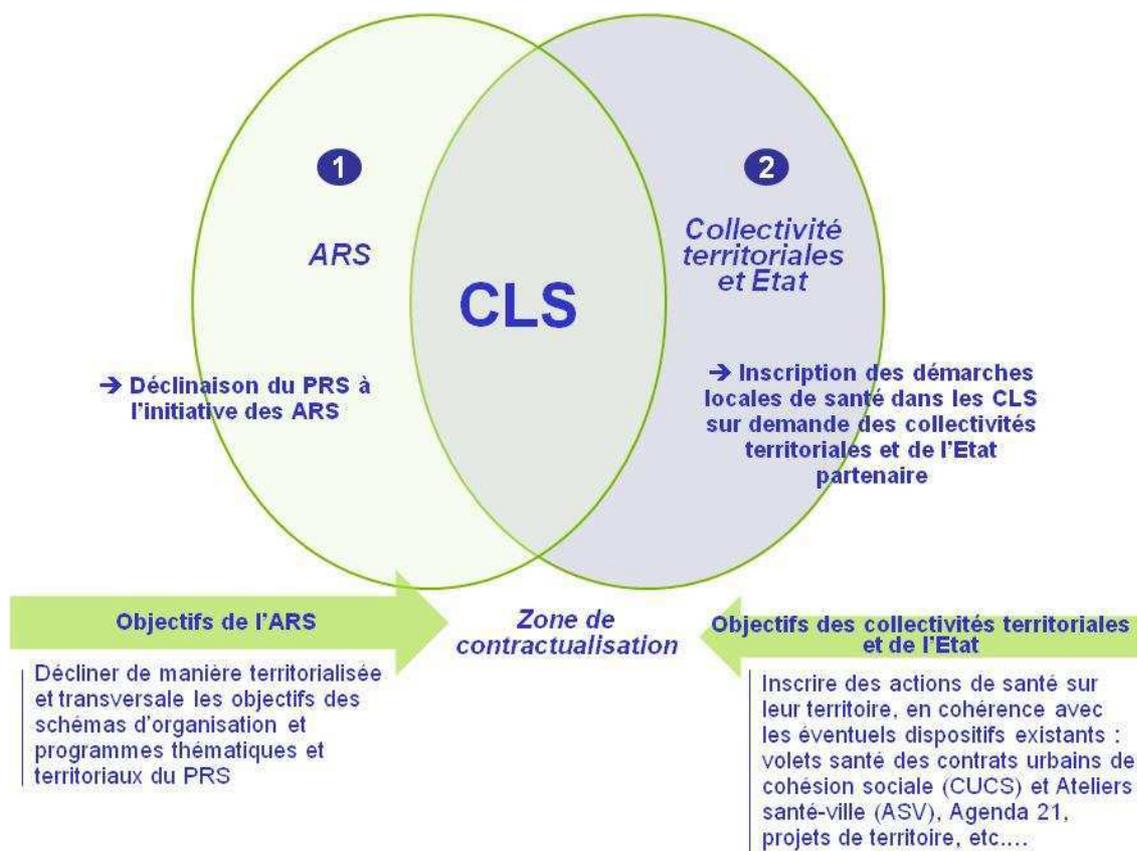
A ce jour, l'ARS-OI a engagé une procédure de contractualisation avec cinq communes réunionnaises intéressées par la démarche et l'appui méthodologique apporté par l'Agence. D'autres communes sont également volontaires, tendant à prouver l'intérêt des élus pour la santé et leur attente d'un cadre structurant, d'un accompagnement technique et d'un soutien financier de l'ARS pour s'engager. Il s'avère également que les communes souhaitent contractualiser plus particulièrement dans le domaine de la promotion de la santé où elles estiment avoir le plus de leviers d'action. Les diagnostics de territoire réalisés dans le cadre de cette démarche permettront de renforcer la connaissance des besoins de la population et des professionnels, notamment au regard de la santé mentale. Ainsi, les CLS représentent une réelle opportunité d'inscrire dans les plans locaux de santé des orientations relatives au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des populations concernées.

2.1.2. L'articulation avec le volet santé de la politique de la ville

La signature d'un CLS sur un territoire ne doit pas venir se juxtaposer à des démarches locales de santé préexistantes, notamment en milieu urbain (volet santé des CUCS, ASV) mais doit au contraire s'articuler avec ces démarches (Figure 4).

La démarche atelier santé ville est une dynamique de coordination, de coopération, d'acteurs et d'actions au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville. L'ASV par son antériorité et sa connaissance du territoire constitue un appui central pour l'élaboration du contenu du CLS. L'intégration d'un ASV et de sa programmation dans un CLS portant sur un même territoire ou sur un territoire élargi, peut être envisagée lorsque la mise en œuvre des démarches locales de santé des collectivités territoriales est jugée pertinente au regard du PRS. Le CLS et le CUCS convergent alors vers le même plan d'actions, sa programmation se trouvant élargie à l'ensemble des champs de la santé. Cela offre la possibilité aux CLS de s'appuyer sur les dynamiques d'animation et de coordination des territoires existantes.

Figure 4 : Logiques de mise en place d'un CLS (sources Ministère de la santé)



2.2. Le développement du partenariat local des acteurs de la santé mentale

Bien que les démarches locales de santé mentale se construisent avec et par les partenaires de terrain, sous l'impulsion des élus, le rôle de l'ARS consiste à favoriser le décloisonnement des secteurs et aider au développement d'instances de concertation et de coopération. Elle dispose pour cela d'un outil adapté : les conseils locaux de santé mentale.

2.2.1. Les conseils locaux de santé mentale

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont vocation à générer une politique partenariale et transversale sur un territoire donné. C'est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée. Le CLSM a une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (15).

Le CLSM a vocation à :

- définir et développer une stratégie locale qui réponde aux besoins sociaux, de santé et de santé mentale de la population ;
- améliorer la prévention et l'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques ;
- agir sur les conséquences sociales des troubles psychiques notamment l'insertion professionnelle, l'habitat, la scolarisation, etc. ;
- favoriser la déstigmatisation et améliorer l'accès aux droits fondamentaux ;
- créer des services de soins psychiatriques intégrés dans la cité.

A ce jour, il n'existe qu'un cadre réglementaire incitatif invitant les acteurs locaux de la santé mentale à construire, à l'échelle qu'ils jugent appropriée, un cadre de concertation et d'élaboration de projets dédiés aux priorités de chaque territoire en matière de santé mentale. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (16) fait référence aux CLSM à plusieurs reprises notamment dans l'axe 2 : « Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires » à travers les recommandations suivantes :

- améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale ;
- augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie ;

- prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques.

2.2.2. L'appui au développement des conseils locaux de santé mentale

Au niveau national, le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale a initié en 2007 un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM grâce au soutien de la Délégation interministérielle à la ville (DIV) puis de l'Agence de cohésion sociale et d'égalité des chances (ACSé) (17). Sous l'impulsion des élus locaux et le soutien du CCOMS, 53 CLSM ont été créés en France au 01/02/2012.

A La Réunion, il n'existe aucune instance de concertation de ce type dans le domaine de la santé mentale. Le dispositif est méconnu des partenaires, notamment les élus locaux, et même des institutions régionales. Il serait pourtant intéressant que les communes réunionnaises puissent développer des CLSM sur les territoires communaux ou inter communaux en lien avec les secteurs de psychiatrie.

Le rôle de l'ARS-OI doit alors consister à :

- promouvoir les CLSM auprès des partenaires concernés par la santé mentale et les inciter à s'engager dans cette démarche,
- réaliser une étude de faisabilité et d'implantation des CLSM au regard des besoins et des ressources mobilisables à l'échelon local,
- proposer, en lien avec le CCOMS, une méthodologie de développement et accompagner les élus volontaires pour initier un CLSM.

Le développement des CLSM n'a pas été indiqué dans les priorités du plan stratégique régionale de santé ni dans les schémas qui constituent le projet régional de santé. Toutefois, afin de faire de ce dispositif un outil à part entière de la politique régionale de santé mentale, ce développement a été inscrit dans les orientations du PRAPS 2012-2016 (volet Réunion). Un des objectifs de la fiche programme intitulée « Promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique » vise à améliorer la coordination des acteurs locaux en lien avec les secteurs de psychiatrie et favoriser les démarches locales de coopération (développement des conseils locaux de santé mentale).

Les élus réunionnais n'ayant pas connaissance de cet outil, l'ARS-OI a proposé à la commune de Saint Paul d'être site pilote pour développer un CLSM à titre expérimental. Le choix de cette commune s'est imposé en raison de la volonté politique existante, de sa taille (100 000 habitants) et de la présence de l'établissement public de santé mentale sur ce territoire. Cet engagement a

été acté dans les orientations du contrat local de santé en cours d'élaboration entre la commune et l'Agence, au titre de l'axe « Promouvoir la santé mentale ». Les orientations du CLS ont été définies au regard du diagnostic de territoire fait en 2010 dans le cadre de l'ASV. Toutefois, la ville s'est engagée sous réserve d'un appui important de l'ARS-OI en termes de méthodologie et de partenariat avec le secteur psychiatrique. L'élaboration du CLS est encore à un stade initial et les groupes de travail vont démarrer prochainement. De fait, la réflexion sur les modalités de création du CLSM est au stade embryonnaire. Ce projet pourrait toutefois se concrétiser en 2013 grâce notamment au concours du CCOMS qui sera vraisemblablement sollicité par l'équipe projet du CLS afin d'apporter une aide à la démarche.

CONCLUSION

Les élus locaux réunionnais sont des acteurs incontournables dans le domaine de la santé, et plus particulièrement de la santé mentale. Ils ont un rôle particulier en raison non seulement de leurs obligations légales, mais également de leur positionnement stratégique au cœur de la cité, et disposent de nombreux leviers d'action. Ils sont un des maillons de la définition et de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et doivent, à ce titre, être soutenus et accompagnés par l'Etat dans leur rôle d'acteur de proximité. L'Agence de santé Océan Indien doit d'une part faciliter leur implication en proposant un cadre d'intervention structurant, et d'autre part veiller à l'articulation des politiques publiques menées à l'échelon régional et local pour garantir une meilleure lisibilité et cohérence de l'action. La mise en place de ce partenariat repose sur le développement d'une relation de confiance et sur le déploiement de démarches locales de santé contractualisées et concertées.

Comme le préconise l'OMS (18) : « *En matière de santé, la bonne gouvernance est la participation responsable de ceux qui sont concernés par la formulation et le déploiement des politiques, des programmes et des pratiques conduisant à des systèmes de santé équitables et durables* ». Si la difficulté majeure réside encore actuellement dans le lien entre les politiques locales et régionales, reconnaître le rôle des élus locaux dans le champ de la santé mentale et établir les conditions du partenariat entre l'Agence de santé Océan Indien et les élus, c'est déjà s'engager ensemble en faveur du mieux-être de la population réunionnaise.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Conférence internationale de la Santé. New York. 1946.
- (2) Bellamy V., Roelandt JL., Caria A. (2004). « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale ». Etudes et Résultats n°347, DREES.
- (3) Rachou E., Ricquebourg M., Yovanovitch JD (2003). Enquête sur la mortalité périnatale à La Réunion. Observatoire régional de la santé de La Réunion. 2005.
- (4) Ramiamanana M., Ricquebourg M., Roddier M. et Yovanovitch JD (2004). La couverture maladie universelle à La Réunion 2002-2003. Rapport d'enquête. Observatoire régional de la santé de La Réunion.
- (5) Enquête sur le recours à l'IVG à La Réunion DRASS-DREES Enquête nationale 2007. Infos Réunion Etudes et Statistiques, n°15, Novembre 2009.
- (6) La santé des enfants scolarisés en cours moyen élémentaire 2^{ème} année en 2004-2005 à La Réunion. Infostat. DRASS de La Réunion.
- (7) Denizot L., Barbiera N., Lakermance P. et Tron P. (2001). « La santé mentale : image et réalité ».
- (8) Projet de santé Réunion – Mayotte 2012-2016. Agence de Santé Océan Indien. Juin 2012.
- (9) Furtos, J. et Bertolotto F. (2005). Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique. Saint-Denis-La-Plaine, Délégation Interministérielle à la Ville.
- (10) Furtos J., Bertolotto F. et Rhenter P. (2008). Recherche – Action « Rôle et responsabilité des Maires en Santé Mentale, à partir des troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office ». ONSMP – ORSPERE.
- (11) Lazarus A. et Strohl H. (1995). Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». Paris.
- (12) Furtos J. et Laval C. (1998) « L'individu postmoderne et sa souffrance dans un contexte de précarité - Introduction à une clinique de la disparition » in Confrontations Psychiatriques n°39.
- (13) Bertolotto F. (2006) « Fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale ». ONSMP-ORSPERE, « Les élus locaux et la santé mentale », Rhizome n°24.
- (14) Elus Santé Publique et Territoires. Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? Actes de la journée d'étude de Nantes du 9 octobre 2006.
- (15) Pluriels. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. N°87-88 janvier-février 2011. « Les conseils locaux de santé mentale ».
- (16) Plan national Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015. DGS. Ministère de la santé.

(17) Programme national d'appui au développement des conseils locaux de santé mentale 2007-2011. CCOMS-DIV-ACSé.

(18) Organisation mondiale de la Santé. Pour un système de santé plus performant : rapport sur la santé dans le monde 2000.

LISTE DES SIGLES UTILISES

ACSé : Agence de cohésion sociale et d'égalité des chances

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

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

CIM : Classification internationale des maladies

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale

DIV : Délégation interministérielle à la ville

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

EPSM : Etablissement public de santé mentale

GRSP : Groupement régional de santé publique

HO : Hospitalisation d'office

HPST (loi) : Hôpital, patients, santé et territoire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et la recherche médicale

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONSMP-ORSPERE : Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité -
Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion

ORS : Observatoire régional de la santé

PLSP : Plan local de santé publique

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRS : Projet régional de santé

SAE : Statistique annuelle des établissements

SMPR : Service médico-psychologique régional

SREPS : Schéma régional d'éducation pour la santé

SRP : Schéma régional de prévention

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

RESUME

La notion de santé mentale est difficile à cerner, complexe et ne peut être réduite à la maladie mentale. Elle englobe également les manifestations de détresse des individus en difficulté dans leurs relations avec les autres et leur environnement. Elle déborde sur la ville et interpelle les élus locaux dans leur quotidien.

L'état de santé mentale de la population réunionnaise est préoccupant et tend à se détériorer en raison du contexte socio-économique. Les élus réunionnais sont interpellés dans leur pratique quotidienne par les situations de souffrance psychosociale qui s'expriment au sein de la communauté et dont le traitement dépasse largement le champ de la psychiatrie. Ils sont des acteurs incontournables de la politique régionale de santé de par leur champ d'intervention et leur proximité des citoyens. Pour autant, la santé mentale n'apparaît pas comme une priorité des communes déjà plus ou moins engagées dans des démarches locales de promotion de la santé. Les élus doivent prendre conscience de leur rôle et des leviers d'action dont ils disposent pour contribuer au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé mentale de leurs concitoyens. Mais ils ne peuvent agir seuls et doivent pouvoir compter sur un positionnement fort de l'Etat engagé à leurs côtés pour développer une politique concertée et cohérente de promotion de la santé mentale. Quel rôle la ville peut-elle jouer dans le domaine de la santé mentale ? Comment renforcer l'implication des élus locaux en promotion de la santé mentale et les convaincre de leur intérêt à agir ? Quel rôle l'ARS Océan Indien doit-elle avoir auprès des collectivités et quels sont ses leviers d'action ?

MOTS CLES

Promotion de la santé mentale - Elus locaux – Agence régionale de santé - Politiques publiques – Souffrance psychosociale – Conseil local de santé mentale.