

Conseils locaux : le chaînon manquant de la santé mentale

Pauline Guézennec,
chargée de mission,

Jean-Luc Roelandt,
directeur,
Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Lille.

Le constat de l'importance de la santé mentale dans les années 2000¹ a conduit à la création et au développement de nouvelles pratiques² – non plus dans les institutions, mais dans la cité elle-même – développant la transversalité, le parcours de soins, la citoyenneté et l'autonomisation des usagers.

La mise en œuvre concrète de ces notions nécessite une pluridisciplinarité et une coordination des différents acteurs d'un champ particulièrement vaste et fragmenté. Ces notions sont peu à peu reprises dans différentes lois de santé publique, dans les plans psychiatrie-santé mentale, ainsi que dans plusieurs rapports parlementaires³.

Cette coordination et ce regard multidimensionnel ne pouvaient se faire qu'en tenant compte des spécificités des territoires de vie de chaque usager. En proximité immédiate, l'observation et l'analyse des besoins sont possibles pour fournir des réponses pertinentes pour tout citoyen et pour les pouvoirs publics.

Une réponse de proximité

Dans cette optique, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) apparaissent comme la réponse de proximité, de citoyenneté, de prévention et de coordination possible entre les acteurs. Leur objectif est d'instaurer et d'animer une politique locale en santé mentale.

Le CLSM est présidé par un élu local, coanimé par la psychiatrie publique et intègre les représentants d'usagers et des aidants ; il est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres⁴. C'est un outil opérationnel de démocratie participative. Il met en œuvre des actions concrètes (création d'outils ou de dispositifs, formations, etc.) qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public.

En raison du cadre réglementaire uniquement incitatif des CLSM, leur organisation et leur fonctionnement varient. C'est la force et la fragilité de la démarche. Le CLSM doit correspondre à la réalité et à la spécificité des besoins d'une population concernant sa santé mentale, ce qui diffère aussi d'une ville à l'autre en dépit de quelques principes de fonctionnement invariants. Plus de cent trente CLSM sont opérationnels⁵, et une soixantaine sont en projet. Pour 70 % d'entre eux, ils se sont développés à partir des ateliers santé ville (ASV) qui ont été leurs précurseurs⁶.

Les usagers sous-représentés

Pour leur fonctionnement, deux structures sont essentielles : l'assemblée plénière et le comité de pilotage. L'assemblée plénière, lieu de discussion et de concertation pour l'ensemble des membres du CLSM, a lieu une fois par an. Elle décide des orientations du CLSM et définit les groupes de travail. La majorité des CLSM⁷ ont une assemblée plénière présidée par un élu. Le comité de pilotage, instance stratégique, définit les missions et les priorités du CLSM et s'assure des règles éthiques et de confidentialité. Sur les 90 % de CLSM ayant un comité de pilotage, 60 % sont présidés par un

L'ESSENTIEL

■ **Nouveauté dans le paysage de la santé publique française, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) se développent rapidement ; à ce jour, plus de cent trente CLSM sont opérationnels.**

■ **Ils réunissent toutes les parties prenantes au niveau d'une ville : élus, professionnels de la santé mentale, services sociaux, représentants des associations et des citoyens, etc.**

■ **Les CLSM jouent un rôle important dans la promotion de la santé mentale. Les actions mises en place permettent en particulier un repérage précoce des troubles et facilitent l'accès aux structures de soins.**

élu, 15 % par un professionnel de la psychiatrie et 25 % par une coprésidence mairie-psychiatrie.

Hormis les élus locaux et les chefs de pôle de la psychiatrie publique, les membres du CLSM sont inégalement représentés au sein de ces deux instances, notamment les associations d'usagers et d'aidants, qui sont membres du comité de pilotage dans seulement 60 % des CLSM. La faible représentation, voire l'absence des usagers, restreint *de facto* le CLSM à un espace de professionnels et d'experts de la prise en charge. Il s'agit d'un important point faible, car le rôle actif des représentants d'usagers est nécessaire, et leur présence ne doit pas se limiter à un « devoir ».

Accompagnement et accès à un logement

Le CLSM a un rôle important dans la prévention et la promotion en santé mentale. Les actions mises en place permettent un repérage précoce des

troubles et facilitent l'accès aux structures de soins. Il favorise l'insertion sociale en intégrant la santé mentale dans les différentes politiques municipales. Pour certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale, un accompagnement spécifique nécessaire peut être mis en œuvre pour se maintenir dans le logement ou encore pour participer à des activités de loisirs, ce qui est essentiel pour lutter contre la solitude et l'exclusion sociale. Plus de 75 % des CLSM travaillent sur la thématique du logement, et plusieurs d'entre eux ont abouti à la formalisation de conventions entre les bailleurs et les secteurs de la psychiatrie ou à la mise

à disposition d'appartements associatifs ou thérapeutiques. Sans aller jusqu'au logement dédié, les actions de formation et d'information (guide incurie⁸, formation des gardiens d'immeuble ou des aides à domicile, etc.) peuvent favoriser le maintien dans le logement.

Pour lutter contre la stigmatisation et améliorer l'accès aux soins, les actions du CLSM doivent apporter à la population générale et aux professionnels des connaissances minimales sur les troubles psychiques, sur les professionnels de santé et sociaux concernés, ainsi que sur les structures de soins et d'insertion.

L'une des premières actions du CLSM peut être la réalisation d'un « guide de la santé mentale » à destination du grand public ou des professionnels (médecins généralistes, professionnels du logement, etc.). Actuellement, plus de 60 % des CLSM ont une commission de travail sur l'information en santé mentale et organisent les semaines d'information en santé mentale (Sism).

Dénouer les situations individuelles complexes

Les CLSM sont dotés, à 80 %, d'une cellule de coordination dédiée aux situations individuelles complexes. Le plus souvent, il s'agit de situations



connues de nombreux services dans la cité, mais dont l'action n'est pas coordonnée. L'objectif est que les professionnels concernés analysent ensemble la situation vécue par la personne. Pour ce faire, une charte éthique et déontologique assure l'équilibre entre l'échange des informations nécessaires, le respect du secret professionnel et des personnes, ainsi que l'adhésion de celles-ci aux mesures les concernant.

Pour permettre une cohésion entre les commissions de travail et le comité de pilotage, un coordinateur est essentiel. Actuellement, 50 % des CLSM ont un temps de coordination, dont la moitié financée uniquement par la collectivité locale, et un tiers avec un co-financement collectivité/agence régionale de santé (ARS) ; de plus, 80 % des coordinateurs sont rattachés à un service municipal. Pour les CLSM n'ayant pas de coordination dédiée, les animateurs ASV ou CLSM ou encore certains cadres de santé⁹ sont référents. Cela peut constituer un frein important dans la dynamique territoriale. Le coordinateur favorise l'efficacité opérationnelle et la pérennité du CLSM, mais il n'en est pas garant ; ses membres doivent être actifs et impliqués dans les stratégies et les actions développées.

Un collectif indispensable...

Depuis 2008, on constate un essor des CLSM. Plusieurs raisons à cela :

- le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale – CCOMS (voir encadré ci-dessous) soutient la création des CLSM sur l'ensemble du territoire national à travers son programme ;
- les CLSM sont inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé ;
- les ARS favorisent le développement des CLSM, que ce soit par des fiches-actions au sein des CLSM ou par le financement des postes de coordination ;
- les rencontres nationales, organisées par le CCOMS et l'association Élus, santé publique et territoires (ÉSPT), conduisent à l'émergence d'un réseau national des CLSM, qui intègre un nombre important de coordinateurs dépourvus de soutien technique.

La mise en place d'une telle démarche est longue mais nécessaire. Aucun professionnel ne peut travailler seul en prévention en santé mentale : le décroisement est le maître mot, facteur de participation commune, d'empowerment et de citoyenneté pour tous. Cette démarche bouleverse les représentations et les pratiques de chacun : cela passe par l'acceptation

de la présidence des élus locaux qui n'ont pas de compétence en santé, par la reconnaissance de l'expertise des usagers et des aidants et par le travail collectif et non hiérarchique ; ceci dans le but de favoriser le bien-être de la population et des usagers des services de santé mentale, d'agir collectivement contre l'exclusion sociale et la stigmatisation, et de permettre l'accès aux soins et l'accompagnement pour tous.

Une initiative des villes

Les CLSM reposent sur des initiatives locales d'acteurs qui souhaitent s'engager dans une politique de proximité en santé mentale. Ils ont un rôle évident de soutien et de conseil pour les projets territoriaux de santé mentale, en matière de prévention, d'insertion et d'autonomisation en santé mentale. Ils sont le chaînon manquant de la sectorisation psychiatrique pour toutes les actions de prévention dans la cité. Avec un changement majeur de paradigme : tous les acteurs du champ de la santé mentale sont partenaires. ■

LE CCOMS DE LILLE FOURNIT UN APPUI MÉTHODOLOGIQUE

Le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) de Lille a été chargé d'initier un programme d'appui au développement et au renforcement des conseils locaux de santé mentale (CLSM), grâce au soutien initial de la Délégation interministérielle à la ville (DIV), puis de l'Agence de cohésion sociale et d'égalité des chances (Acsé) pour la période 2007-2012. Ce programme a été reconduit en 2014 par l'Acsé et la direction générale de la Santé (DGS).

Objectifs :

- appui méthodologique auprès des collectivités locales et territoriales, associations d'usagers et d'aidants des secteurs de la psychiatrie, agences régionales de santé (création de CLSM, aide à la pérennisation, conseils pour la rédaction d'un cahier des charges) ;
- mise en place d'un réseau national des CLSM.

En 2014, le CCOMS a accompagné plus de cinquante collectivités locales (interventions sur site, transmission d'outils, etc.).

Référente du programme :
Pauline Guézennec
(pguezennec@epsm-Lille-metropole.fr).

1. En 2000, création d'un bureau de la Santé mentale à la direction générale de la Santé, premier Plan santé mentale en 2001, loi du 11 février 2005 (reconnaissance du handicap psychique), etc.
2. Création de réseaux santé mentale (RPSM78 en 1999, RSM Évreux-Courcouronnes en 2004, Réseau santé solidarité Lille métropole en 2005, etc.), création des groupes d'entraide mutuelle (GEM) en 2005, mise en place de réseaux précarité-santé mentale (circulaire du 23 novembre 2005), etc.
3. En 2014, les rapports de Claire Compagnon, de Denys Robiliard et de Bernadette Devictor préconisent le développement des CLSM.
4. Élus, psychiatrie, usagers, professionnels du médico-social, travailleurs sociaux du centre communal d'action sociale (CCAS) et du conseil départemental, associations tutélaires, bailleurs sociaux, médecins généralistes, etc.
5. Les cent trente CLSM couvrent plus de mille communes.
6. Les diagnostics des ASV ont identifié la souffrance psychique comme une priorité. Enquête annuelle de suivi 2013 sur l'activité 2012 : la santé mentale est un des trois thèmes les plus traités au sein des ASV (plus de trois cent soixante actions).
7. 80 % des CLSM opérationnels ont une assemblée plénière (source : Enquête sur l'état des lieux des CLSM 2014, réalisée par le CCOMS).
8. Outil de repérage pour les professionnels et aussi pour les familles. Il doit permettre d'identifier les acteurs du territoire et leurs prérogatives.
9. 55 % des référents sont chargés de mission ou animateurs du service santé de la collectivité locale ou du CCAS, 30 % sont coordonnateurs ASV et 15 % sont des professionnels d'un centre hospitalier psychiatrique.