

12^{ÈME} JOURNÉE NATIONALE D'ÉTUDE DE
« ÉLUS SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES »

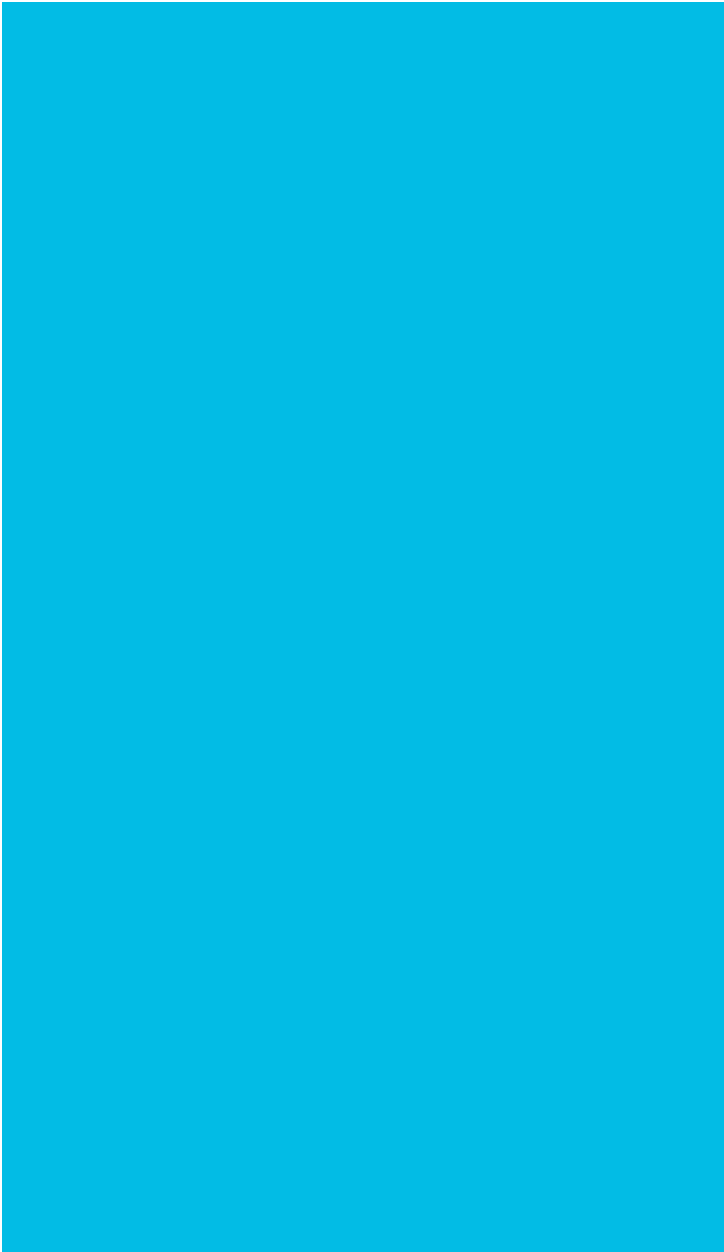
1^{ÈRE} RENCONTRE NATIONALE DES
CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM)

« CITOYENNETÉ & SANTÉ MENTALE »

Co-organisée avec le Centre Collaborateur de l'OMS
pour la Santé Mentale

Auditorium de l'Hôtel de ville de Paris
5, rue Lobau, 75004 PARIS
6 JANVIER 2012







Association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, Santé Publique & Territoires »

L'association « Elus, Santé Publique & Territoires » a été fondée en octobre 2005 par des élus locaux pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.

« **Elus, Santé Publique & Territoires** » est un réseau national d'élus souhaitant développer des politiques locales de santé sur le modèle de l'Atelier santé ville. Ce cadre d'intervention, doté d'une méthodologie rigoureuse (diagnostic partagé, choix des priorités, comité de pilotage) et de modalités de financements contractuelles avec l'Etat est maintenant prolongé et élargi par les Contrats locaux de santé, inscrit dans la loi HPST. Le réseau promeut un travail intersectoriel, inter institutionnel et interprofessionnel, qui consiste à introduire la « santé dans toutes les politiques » et, au-delà, à mettre en œuvre des réflexions sur « l'évaluation de l'impact en santé ».

« **Elus, Santé Publique & Territoires** » met pour cela en place des échanges et réflexions afin de mutualiser les expériences locales pertinentes. Elle organise notamment 2 fois par an des Journées nationales d'étude et un Séminaire permanent toutes les 6 à 8 semaines. Un partenariat avec l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense lui permet de développer les travaux de recherche sur la santé en milieu urbain et à les rendre utilisables par les décideurs locaux. L'association accompagne également les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers santé ville, les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé.

Trois objectifs pour fédérer les élus locaux...

- Promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux;
- Affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territo-

riales de santé publique, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'État;

→ Développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville » développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association en quelques chiffres...

6 ans d'existence...

55 Villes adhérentes dont 1 communauté urbaine et 3 communautés d'agglomération (représentant plus de 7 millions d'habitants).

35 Villes correspondantes.

15 Régions représentées (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes...)

L'association et ses partenaires financiers...

ESPT est soutenue par le Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes et par la Direction Générale de la Santé.

Contact :
« Élus, Santé Publique & Territoires »
42, bd de la Libération
93203 SAINT-DENIS Cedex
tel : 01-48-09-55-68
courriel : espt.asso@orange.fr
web : www.espt.asso@orange.fr



CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTÉ MENTALE (Lille, France)

Le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

Il répond aux exigences de recherche et de formation définis par l'OMS. Il regroupe des hôpitaux, centres de recherche et universités qui participent à la mise en place de son programme d'actions. Le Centre est désigné tous les 4 ans par l'OMS, sur la base d'un programme pluriannuel. Il se fonde sur un réseau de personnes qualifiées pour mettre en œuvre ce programme et un Conseil Scientifique consultatif rassemblés autour de valeurs communes.

Le CCOMS travaille en lien

- avec les services du Ministère de la Santé français: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), ainsi qu'avec le Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes et l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES)
- avec la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA), l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances (ACSé)
- avec l'Union Européenne, l'OMS International (Genève), l'OMS EURO (Copenhague) et les autres bureaux régionaux de l'OMS ainsi que de nombreux Centres Collaborateurs OMS spécialisés dans la Santé Mentale
- avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale Nord Pas de Calais (F2RSM)
- avec de nombreuses associations d'usagers, de professionnels, d'élus, humanitaires, nationales et internationales : Fédération Nationale des Usagers et Ex-usagers de la Psychiatrie (FNAP-SY), Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM), Comité Français pour la Réhabilitation Psy-

cho-sociale (CFRP), Association des Maires de France (AMF), Elus, Santé Publique et Territoires (ESPT), International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), World Psychiatric Association (WPA), World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Global Forum for Community Mental Health, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI), European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Global Initiative on Psychiatry (GIP).

VALEURS

- ▮ La pleine participation des citoyens usagers ou non au développement de la qualité des services de santé mentale.
- ▮ La promotion de services de psychiatrie intégrés et communautaires.
- ▮ La lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques et la promotion de la santé mentale.
- ▮ Le développement de réseaux de recherche, de formation, d'information en santé mentale.
- ▮ La valorisation, le partage et la diffusion des expériences innovantes en santé mentale.
- ▮ La participation des établissements hospitaliers à une recherche indépendante, menée par des professionnels et des acteurs de terrains.
- ▮ Le travail en réseau avec l'ensemble des partenaires oeuvrant dans le champ de la santé mentale, qu'ils appartiennent au domaine sanitaire et social ou à la société civile.

MISSIONS

- 1. Promouvoir et coordonner la participation des équipes françaises** de recherche et d'enseignement aux activités de recherche et de formation du programme de santé mentale de l'OMS.
- 2. Informer les autorités et spécialistes français des activités de l'OMS** utiles au développement des programmes français de santé mentale.
- 3. Informer la division santé mentale de l'OMS** des travaux et projets pilotes français, ayant trait à la santé publique et à la réglementation, pouvant être utiles à la conduite de ses programmes.
- 4. Constituer un point focal pour les experts français de santé mentale** qui leur permette d'assurer un meilleur suivi de leur travail, quand ils accomplissent des missions de consultant, et faciliter leurs relations avec l'OMS.
- 5. Contribuer à produire en version française des documents techniques de l'OMS**, notamment ceux utilisés pour le développement de programmes nationaux de santé mentale, en collaboration avec les centres

collaborateurs francophones, l'OMS Afrique et l'OMS Genève.

6. Participer au plan d'action de l'OMS Europe sur les thèmes : lutte contre la stigmatisation et la discrimination et développement des services de psychiatrie intégrés dans la communauté en assurant le rôle de co-leader des Centres Collaborateurs européens de l'OMS sur le thème de la Lutte contre la Stigmatisation (avec le CCOMS d'Edimbourg, Ecosse) et de co-leader sur le thème de la Transformation des Services (avec le CCOMS de Trieste, Italie).

7. Faciliter et soutenir l'investissement des associations d'usagers, d'aidants, de familles et de proches dans la réforme des services de santé mentale, au niveau européen, selon les recommandations de l'OMS Europe.

PROGRAMME D'ACTIVITÉS

- **Pôle 1** – Lutte contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale
- **Pôle 2** – Développement des services de santé mentale intégrés/communautaires
- **Pôle 3** – Favoriser et soutenir la participation des associations d'usagers, familles et aidants dans la réforme des services de santé mentale
- **Pôle 4** – Contribution à la production de documents OMS en version française
- **Pôle 5** – Assistance générale de l'OMS et promotion des missions de l'OMS

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Rattachement administratif :

Pôle de Psychiatrie 59G21

Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole

Directeur de l'Etablissement de rattachement :

Joseph HALOS

Directeur Général, EPSM Lille-Métropole

Directeur du CCOMS :

Dr Jean-Luc ROELANDT

Centre collaborateur de l'OMS

45, rue du Maréchal Lyautey

Résidence Europe

59370 Mons-en-Baroeul (France)

Tel : + 33 (0) 320 437 100

Fax : + 33 (0) 320 437 115

e-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr

Site web : www.ccomssantementalelillefrance.org

PROGRAMME

P.14 / Ouverture

Ouverture institutionnelle :

M. Serge FRAYSSE, directeur du Service Éducation et Santé,
Département Cohésion Sociale et territoire, Acsé,
M. Jean-Marie LE GUEN, maire-adjoint chargé de la santé et des
relations avec l'AP-HP, Paris.

Introduction croisée :

Association nationale « Élus Santé Publique & Territoires »,
Laurent EL GHOZI, président,
Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en
santé mentale, *Jean-Luc ROELANDT*, directeur.

P.32 / Table ronde : La situation actuelle

- **Au niveau européen** : Bilan de la Conférence de Lisbonne, *Marianne AUFFRET*, maire-adjointe déléguée à la santé, aux seniors et aux personnes en situation de handicap, 14^e arrondissement de Paris
- **Au niveau national** : Politique de la ville et santé mentale, *Françoise GAUNET-ESCARRAS*, maire-adjointe déléguée à l'hygiène, la santé, le sida, la toxicomanie et la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent, Marseille, membre du Conseil National des Villes
- **Au niveau régional** : L'Agence Régionale de Santé et les Contrats Locaux de Santé, *Laurent CHAMBAUD* et *Lazare REYES*, ARS Ile-de-France
- **Au niveau local** : L'intégration de la santé mentale dans les Contrats Locaux de Santé, l'expérience de Bondy, *Patrick CHALTIEL*, psychiatre, chef de pôle, Bondy

P.60 / Table ronde : « La mise en place d'un conseil local »

Les questions posées aux acteurs :

- Éléments favorisant l'émergence du Conseil local de santé mentale,
- Organisation et besoins,
- Impact d'un Conseil local de santé mentale dans la ville.
- **L'usagère** : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY), *Claude FINKELSTEIN*, présidente
- **La famille** : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), *Jean CANNEVA*, président
- **L'élue locale** : *Julie LE GOÏC*, maire-adjointe déléguée à la santé, Brest
- **Le psychiatre** : *Jean Louis LAVAUD*, psychiatre, CLSM Choisy-Orly

*Animation : Pauline RHENTER, chargée de mission, équipe de recherche :
« Un chez soi d'abord ».*

/ Table ronde : La prévention

P. 86

- Cycle annuel de formation « Précarité et souffrance psychique » pour les acteurs de première ligne, **Mathieu FORTIN**, coordonnateur santé, Villeurbanne
- Les réunions d'évaluation de situations difficiles : genèse et évaluation du RESAD, **Pilar ARCELLA-GIRAUX**, psychiatre de santé publique, Atelier Santé Ville, Aubervilliers
- Le « Point de secteur », **Patricia SARAUX**, médecin de santé publique, directrice du service de santé publique, Nantes
- La prévention du suicide : formation des acteurs de terrain, **Catherine THEVENON**, psychiatre et **Alain MEZRAG**, maire-adjoint délégué à la cohésion sociale, Tourcoing

Animation : Brigitte RAYNAUD, secrétaire générale du Conseil national des villes

/ Table ronde : La citoyenneté et l'insertion

P. 116

- **L'insertion professionnelle**, **Marc GODEFROY**, Maire de Lezennes et **Elisabeth DUHAL**, directrice de l'ESAT Etic
- **Le logement : convention avec les bailleurs**, **Mireille WOJNAROWSKI**, maire-adjointe déléguée à la santé, Reims
- **L'intégration des usagers à travers les dispositifs de loisirs et de culture**, **Lucie RAMBOUX**, coordinatrice santé mentale et un usager du GEM, Nanterre
- **La Semaine d'information sur la santé mentale, quels impacts ? Panorama en France et articulation avec les CLSM**. **Aude CARLA**, Centre hospitalier Sainte-Anne/Centre collaborateur OMS et **Didier LE BOUGEANT**, maire-adjoint délégué à la santé, Rennes

Catherine ISSERLIS, psychiatre, chargée de mission à la Mission nationale d'appui en santé mentale (Mnasm)

/ Conclusion

P. 152

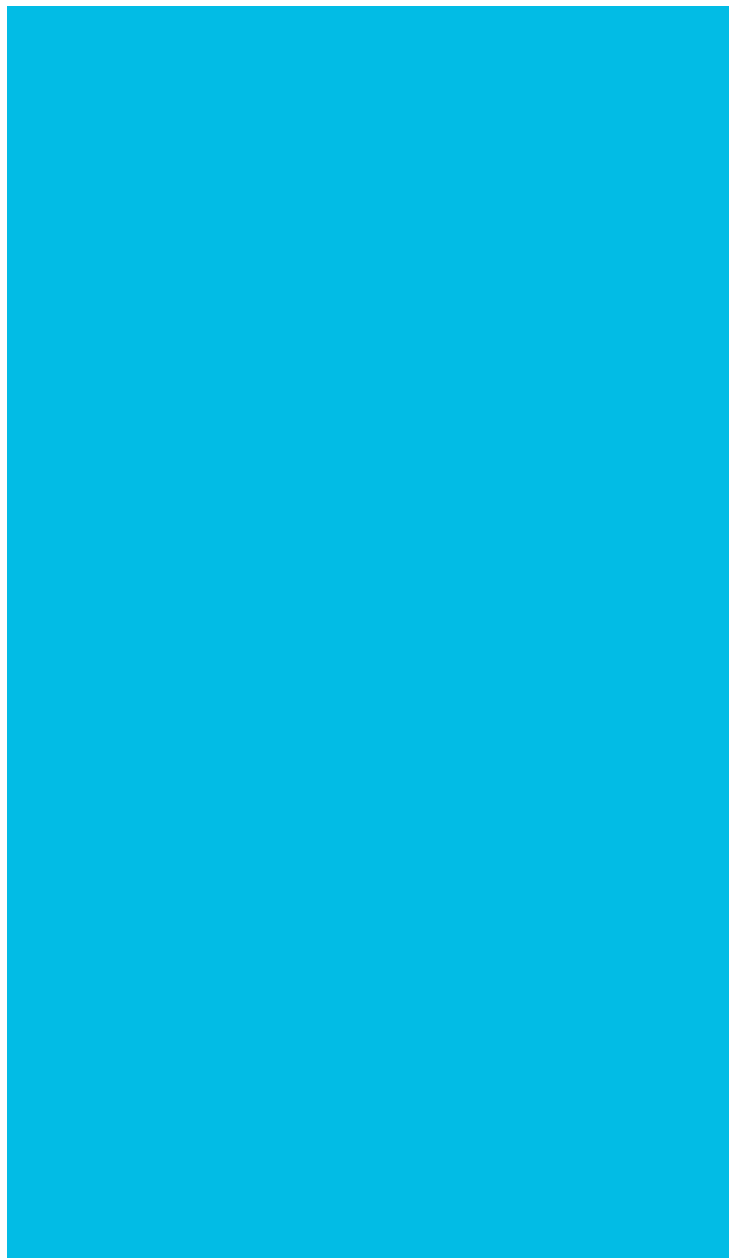
Laurent EL GHOZI,
Jean-Luc ROELANDT,
Nicole DE LA MARTINIÈRE, vice-présidente de France-Dépression

/ Diaporamas

P. 157

/ Revue de presse

P. 242



Ouverture



Ouverture institutionnelle

«• **Laurent El Ghazi**, président de l'association *Élus, Santé Publique & Territoires*

Bonjour à tous et à toutes, merci d'être là. La salle est trop petite ou l'intérêt du sujet trop grand... Je suis désolé pour ceux qui sont dans la salle voisine, que je ne vois pas, mais qui, je l'espère, nous entendent.

Je passe tout de suite la parole à Jean-Marie Le Guen, que je n'ai point besoin de présenter et qui va introduire cette journée.

«• **Jean-Marie Le Guen**, maire adjoint chargé de la santé et des relations avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue dans cet Hôtel de ville. Bonne année pour vous-même, pour vos proches, mais aussi pour les sujets qui nous rassemblent, et notamment ceux qui nous rassemblent ce matin : les questions de santé mentale.

Je suis très heureux d'introduire cette journée de travail et je voudrais à nouveau remercier Laurent El Ghazi et ESPT pour le travail de fond qu'ils réalisent en matière de santé publique dans notre pays. Sur bien des sujets, je pense que cette association, qui rassemble des élus de tous les territoires, des élus de très grandes villes, de métropoles, mais aussi des élus de villes moyennes, de banlieue, de territoires moins urbains, fait un travail tout à fait remarquable depuis des années pour sensibiliser les pouvoirs publics et surtout, pour faire évoluer la société française sur de nombreuses questions. Nous avons eu l'occasion de travailler ensemble il y a un an, sur des problèmes particulièrement délicats, notamment le problème de la lutte contre la toxicomanie. Je n'y reviendrai pas, même si ce n'est évidemment pas éloigné des sujets dont vous allez traiter aujourd'hui.

Je suis personnellement persuadé qu'une grande partie des questions de santé qui apparaissent souvent, dans le débat national, comme des questions assez techniques, complexes, difficiles à expliciter et à mettre en scène, en quelque sorte, gagnent énormément à être prises en charge par les élus locaux. Je pense qu'il y a une vraie réflexion à avoir, de façon générale, sur la manière dont est géré notre système de santé. Je pense que nous aurions beaucoup à gagner à nous inspirer des dynamiques, qui existent d'ailleurs dans d'autres pays et qui font que les réformes de santé ont beaucoup été portées par les élus locaux.

En tout cas, aujourd'hui, vous vous saisissez d'un des points les plus douloureux, de l'un des défauts de notre politique de santé, dans ce pays, à savoir les questions de santé mentale. Vous le faites avec la présence remarquée de Jean-Luc Roelandt, qui, comme chacun le sait, a un rôle pilote, à Lille, sur ces questions. Il a sans doute beaucoup de choses à nous apprendre et il apporte de nombreux éléments emblématiques dans les politiques qui pourraient être mises en place. Je veux saluer également la présence de Serge Fraysse, directeur du service de l'éducation et de la santé de l'Acsé. Je connais aussi sa sensibilité sur ces questions sanitaires et sociales.

Beaucoup d'élus sont présents dans la salle. Je ne peux tous les nommer, car j'en oublierai certains et ce serait totalement injuste. En tout cas, je les remercie d'être présents sur ce terrain de la réflexion sur les politiques de santé mentale, qui sont complexes, je le répète, et qui ont sans doute été assez peu traitées et mal traitées ces derniers temps.

Je veux remercier aussi tout particulièrement Claude Finkelstein, présidente de la Fnapsy, et Jean Canneva, président de l'Unafam, et saluer leur présence. Vous le savez, la dynamique du droit des usagers en matière de santé, du droit des malades, de leur famille, est une dynamique récente qui s'est imposée dans notre pays et plus généralement, dans le système de santé depuis quinze ans. Mais si je faisais référence à la démarche territoriale comme extrêmement riche pour apporter énormément de choses à notre système de santé et à son bon fonctionnement, indiscutablement, la présence des malades, des usagers, de leurs associations dans la réflexion qui doit être menée est aussi un élément tout à fait stratégique. Il n'est plus concevable, aujourd'hui, de réfléchir à des politiques de santé publique sans qu'y soient associés de très près, dès la conception, les représentants des associations.

Ce sont beaucoup d'intervenants de qualité qui sont aujourd'hui rassemblés. Avant que vous ne commenciez à explorer toutes les pistes nécessaires, je voudrais dire que sans aucun doute, ce que nous pouvons considérer comme étant un élément fondateur de toute politique de santé mentale, c'est, profondément, la lutte contre la stigmatisation dont les malades sont victimes. À mon sens, c'est une question tout à fait essentielle, insuffisamment rappelée dans les interventions des débats politiques. Nous avons connu des prises de parole, des interventions législatives où, à l'évidence, le malade était considéré comme un adversaire, une personnalité dangereuse pour la société, et non comme une personnalité devant pouvoir bénéficier de soins, dans son intérêt propre mais aussi dans l'intérêt de la société. Vouloir opposer systématiquement l'intérêt du malade et celui de la société amène évidemment des conséquences tout à fait dra-

matiques en termes de santé publique, qui sont insuffisamment connues et insuffisamment expliquées. Je suis persuadé que la lutte contre la stigmatisation est un élément essentiel de notre réflexion.

Nous avons des marges de progression considérables, me semble-t-il, en termes d'organisation des soins, de prévention, de dépistage en matière de santé mentale. Mais tout ceci ne pourra se faire que si des paroles apaisées et une volonté réelle de prendre en compte à la fois éthique et soignante de ces questions dominent l'intervention des pouvoirs publics.

Trop souvent, on est amené à se poser la question des moyens qui sont consacrés à la santé. Osons le dire : ce n'est pas la première question qui est posée, aujourd'hui, dans l'accès aux soins en matière de santé mentale. La question des moyens est sans doute secondaire, après d'autres questions : la lutte contre la stigmatisation, la lutte contre le déni, question importante pour les élus que nous sommes et qui nous est posée à titre éthique. En tant qu'adjoint au maire de Paris, la municipalité parisienne, comme beaucoup de grandes métropoles et plus particulièrement celles-ci, est confrontée à de nombreuses personnes en souffrance présentes dans nos rues, pour lesquelles les pouvoirs publics, d'une façon générale, ne savent pas véritablement aborder ces questions. Ou bien l'on est dans un déni total et, en tant que soignant, que citoyen, on est choqué par l'absence d'intérêt que suscitent ces personnes alors même qu'elles sont dans la rue dans des conditions qui ne sont pas des conditions de liberté, quoi que l'on puisse en dire, mais au contraire, des conditions de très grande souffrance et de très grand abandon. Ou bien, on est prisonnier de politiques où l'on stigmatise ces personnes, on les réprime et l'on a une attitude consistant à vouloir les écarter, les condamner, les enfermer. Dans les deux cas de figure, je pense que l'on se fourvoie complètement. Il faut accepter d'avoir une démarche de soins et pour commencer, une éthique – on a glosé sur ces questions, à un certain moment, et ne croyez pas que dans mon intervention, je veuille refaire un débat idéologique ou politique –, mais la notion du care qui, dans ma tête, n'est absolument pas opposable à une démarche scientifique, est une dimension qui devrait beaucoup plus irriguer l'approche des questions de santé mentale qui est celle que nous avons aujourd'hui.

La ville de Paris n'est pas exemplaire du tout en matière de santé mentale. Les faits sont lourds. Nous avons une offre de soins assez abondante, mais peu opérationnelle, dispersée, souvent séparée. La municipalité, qui, depuis un certain temps, est très attentive et très soucieuse de ces questions, essaie de rassembler les communautés de soignants, notamment les communautés hospitalières. Nous avons œuvré à la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire. Ce n'est pas totalement achevé et

ce n'est pas encore totalement parfait. Nous avons également œuvré pour essayer de rendre les parcours de soins plus transparents, notamment pour l'accès aux urgences; mais nous avançons un peu lentement par rapport à ce qui devrait être fait. Nous essayons de mettre en place, au plan municipal, une mission de coordination et de mobilisation autour des questions de santé mentale. Mais, là aussi, nous avançons avec difficulté, dans un milieu où les réticences, les chapelles sont très fortes – ayons le courage de le reconnaître. Il est vrai que les structures administratives ne simplifient pas la chose. Il faut gérer à la fois les égos et les structures administratives, ce qui n'est pas simple. Il y a aussi parfois une méconnaissance des décideurs publics et une méconnaissance de la population, qui est assez rétive. Nous mettons en place, dans beaucoup d'arrondissements, des conseils locaux de santé mentale. Encore faudrait-il, je pense, les nourrir plus que nous ne le faisons et leur donner des guidelines, c'est-à-dire définir davantage l'objet de leur travail: nous les lançons en quelque sorte au petit bonheur, la chance, avec la bonne volonté d'un certain nombre d'élus, que je tiens à féliciter et à remercier, certes. Mais je reconnais aussi que nous avons peu de pratiques collectives sur ces questions, et c'est dommage. Je fais donc un bilan très humble de l'action de la ville de Paris sur ce sujet, avec le sentiment que nous avons devant nous des tâches tout à fait immenses et que nous en avons conscience. Des journées comme celle d'aujourd'hui nous alimenteront à notre tour pour essayer de mieux mettre en œuvre des politiques qui, parmi les politiques sociales, me semblent aujourd'hui celles qui sont prioritaires, même s'il est parfois difficile de l'affirmer en termes de politiques publiques, parce que cela paraît mystérieux, bizarre, dangereux à bien des égards et peu susceptible d'être pris en charge. Pourtant, combien de nos concitoyens, pour eux-mêmes ou dans leur famille, sont confrontés à ces questions... Et ces questions sont toujours de l'ordre de l'intime, jamais de l'ordre du débat public; alors que beaucoup d'entre elles dépendent du débat public.

C'est ce que vous commencez aujourd'hui. C'est pourquoi je tenais vraiment à être présent parmi vous, à vous remercier d'être là si nombreux et à remercier tous les intervenants de ces journées pour la qualité du travail qu'ils vont nous proposer.

Merci à tous.

«• *Laurent El Ghazi*

Merci à Jean-Marie Le Guen et merci également à la ville de Paris de nous accueillir une fois de plus dans cet amphithéâtre. Il est trop petit, mais nous en parlerons à Bertrand Delanoë dès que nous le verrons. Merci,

Jean-Marie, pour tes propos. Je rappelle que cette journée est co-organisée par le Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale de Lille et l'association Élus, Santé Publique & Territoires.

Nous allons tenter de faire en sorte d'alimenter le débat public et de peser sur les décisions publiques à venir tout au cours de cette journée. Je laisse la parole à Serge Fraysse.

« **Serge Fraysse**, directeur du service de l'éducation de la santé, de la famille et de la jeunesse, département « cohésion sociale et territoire », Acsé

Je suis directeur du service de l'éducation, de la santé, de la famille et de la jeunesse à l'Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, que la plupart d'entre vous connaissent. C'est un établissement relativement récent, créé en 2006, qui est chargé, en France, de promouvoir des politiques autour de la cohésion sociale, de la politique de la ville et de la lutte contre les discriminations. Il a aussi une compétence sur les questions de prévention de la délinquance. Cette agence vise à ce qu'un maximum d'actions se mettent en place localement, mais nous n'avons pas pour objectif de nous substituer aux moyens donnés par le droit commun sur toutes les questions et sur celles de la santé, en particulier. Pour résumer, l'Acsé ne substitue pas à l'ensemble des moyens de l'État – ce n'est absolument pas son rôle – ni à l'ensemble des moyens des communes. À cet égard, je sais que la mairie de Paris fait des efforts en la matière.

Nous avons quatre priorités, à l'Acsé : l'éducation, l'emploi et le développement économique, la prévention de la délinquance et la sécurité, ainsi que la santé, qui demeure la quatrième priorité, en 2012 comme en 2011. C'est inscrit ainsi dans notre programme d'intervention.

Dans ce domaine de la santé, nos interventions sont centrées sur un dispositif sur lequel je reviendrai un peu plus tard dans cette intervention, les Ateliers Santé Ville, que vous connaissez bien et qui, lorsqu'ils existent, correspondent au volet santé du contrat urbain de cohésion sociale. Par ailleurs, un volume substantiel d'actions est financé en dehors de ces ateliers santé ville autour de l'offre de soins et autour d'autres thématiques.

En 2011, nous avons lancé deux appels à projets de façon spécifique, outre ce que nous faisons habituellement. L'un portait sur la question de la nutrition, des pratiques alimentaires, de l'obésité, notamment des enfants, et s'intitule « En forme dans nos quartiers ! » Il a rencontré un certain succès, puisque nous avons eu plus de cent réponses, alors qu'il avait été lancé au cœur de l'été, ce qui n'est pas la meilleure période. Un autre appel à projets, dont s'est occupée Maud Jerber, chargée de mission à l'Acsé et qui m'accompagne ce matin, portait autour de l'offre de soins. Lui aussi a

eu beaucoup de succès, puisque nous avons près de 200 projets. En plus de ces projets que nous avons pu financer aujourd'hui, une soixantaine d'actions permettant notamment de faire avancer des projets de maisons de santé pluridisciplinaires, des centres de santé et autres, cela continue sur une partie de 2012.

Même avec des moyens relativement limités, puisque nous ne pouvons pas nous substituer à l'ensemble des autres moyens, bon an, mal an, l'Acsé dédie 25 M€ aux questions de santé, qu'il s'agisse des Ateliers Santé Ville, d'autres actions ou également au titre de la réussite éducative. L'association ESPT le sait bien, puisque récemment, nous étions réunis au Havre sur cette thématique et sur le lien entre les Ateliers Santé Ville et les projets locaux de la réussite éducative. Il faut ajouter à cela l'intervention des adultes relais, qui peuvent également être des accompagnateurs en matière de santé, mais qui sont beaucoup plus difficiles à évaluer que les actions directement financées par convention.

Pour 2012, outre le développement des Ateliers Santé Ville, avec l'objectif de 300 ateliers santé ville, trois orientations ont été retenues pour l'Acsé.

Il s'agit d'abord, et c'est très important, de renforcer la collaboration avec les agences régionales de santé – j'ai vu qu'il en serait question dans cette matinée au cours de tables rondes –, d'une part, à l'initiative des délégués régionaux de l'Acsé, des DRJSCS, mais aussi au niveau départemental, avec les délégués territoriaux des ARS. Il est fondamental pour nous que cette collaboration se mette en place et s'amplifie.

La deuxième orientation est de maintenir la priorité sur l'offre de soins dans les quartiers prioritaires dans le cadre de l'appel à projets national. D'autres dossiers vont être examinés et nous allons probablement continuer à travailler sur cette thématique, notamment en partenariat avec une association très impliquée, l'ACSBE (Association Communautaire Santé Bien-Etre), qui travaille déjà sur cette question en Seine-Saint-Denis et ailleurs.

La troisième orientation de l'Acsé inscrite dans le programme d'intervention est la poursuite du développement de coopérations au niveau national avec un certain nombre d'organismes. Il y a un accord-cadre entre les ministères de la santé et de la ville, l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et l'Acsé, qui permet de cadrer, comme son nom l'indique, un certain nombre de priorités. Mais l'Acsé a également construit des partenariats spécifiques avec l'Inpes, avec lequel nous travaillons, avec l'Inca (Institut national du cancer), qui est notre plus ancien partenariat et que nous poursuivons notamment pour amplifier leurs campagnes « Octobre rose » et « Mars bleu » en direction des habitants des

quartiers prioritaires de la politique de la ville, ainsi qu'avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La question du vieillissement est aujourd'hui moins patente dans les quartiers, mais elle deviendra aussi une préoccupation importante, puisque la population française vieillit ; et elle vieillira aussi, d'une manière ou d'une autre, dans les quartiers prioritaires. Il faudra traiter sérieusement cette question dans les prochaines années.

Enfin, nous continuerons, et cela m'amène vers le propos de cette matinée, à soutenir des interventions dans le cadre du partenariat national. Une convention avait ainsi été initiée par la délégation interministérielle à la ville avec Catherine Richard et que l'Acsé a reprise depuis trois ans avec l'Établissement public de santé mentale, qui a été financée notamment pour organiser ce colloque, mais aussi pour prévoir la construction d'une base documentaire et un certain nombre d'actions qui nous permettent non pas d'intervenir directement, puisque nous n'en avons pas les compétences, mais de nous appuyer sur les professionnels que vous êtes. À travers ce type de partenariat, l'agence soutient des projets qui, in fine, doivent bénéficier aux habitants des quartiers prioritaires. Je sais que la question du public et la question de savoir à qui s'adressent nos actions sont un peu difficiles, notamment dans le domaine de la santé. Mais il est clair qu'aujourd'hui, l'Acsé concentre ses moyens en direction des quartiers prioritaires. L'on sait que lorsque des actions sont menées, elles ne le sont pas exclusivement pour ces habitants, dans un certain nombre de domaines, mais nous demandons tout de même à nos « opérateurs » – j'emploie cette expression pour aller vite –, en ce qui concerne nos crédits, de concentrer leurs priorités sur les quartiers de la politique de la ville.

Localement, les délégués territoriaux de l'Acsé font de même. Ils initient des conventions et des actions. Il s'agit de participer globalement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, puisque le rapport de l'Onzus, l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, souligne bien que la question de la santé et notamment celle de la santé déclarée (la déclaration des habitants par laquelle ils se disent en très bonne ou en bonne santé) montre qu'il y a un écart très marqué entre les habitants des quartiers prioritaires et les autres. Cela signifie donc bien qu'il faut y concentrer les efforts, en particulier en direction des femmes, et notamment celles appartenant à la tranche d'âge 45-59 ans. L'enquête indique qu'elles se déclarent moins souvent en bonne santé dans ces quartiers que dans les autres territoires. Ces tranches d'âge sont un sujet de plaisanterie à l'Acsé et notamment pour moi, qui viens de passer les 50 ans. Ce sont les seniors.

La question de la santé mentale, en revanche, n'est pas plus considérable dans les quartiers prioritaires qu'ailleurs, mais elle est tout de même présente, notamment en ce qui concerne les déterminants de santé : le chômage,

un environnement dégradé, etc. La question de la santé pour les enfants se pose, d'où des dispositifs tels que les programmes de réussite éducative.

J'en arrive aux Ateliers Santé Ville, qui reposent sur une démarche partagée entre les collectivités territoriales et l'État, avec la mise en place d'ingénierie, de concertation, de capacité diagnostique, de programmation et de mise en œuvre d'actions en matière de santé. Ces Ateliers Santé Ville ont du succès, sont très soutenus, mais leur répartition géographique ne nous paraît pas encore satisfaisante. Nous essayons de faire des efforts, notamment envers des départements, qui, de ce point de vue, restent sous-dotés. Nous allons donc concentrer nos efforts sur eux, avec une proposition de l'Acsé, au niveau national, d'aider un certain nombre de départements à créer de nouveaux Ateliers Santé Ville pour atteindre ce chiffre de 300. Sont concernés le Val-de-Marne, la Seine-Maritime, l'Essonne, l'Oise, le Val-d'Oise, la région Nord-Pas-de-Calais et la Seine-et-Marne. Ce sont les huit départements que nous avons particulièrement ciblés. Nous souhaitons que le nombre d'Ateliers Santé Ville augmente dans ces départements. Nous souhaitons également que les Ateliers Santé Ville puissent s'inscrire dans une démarche à moyen et à long terme, mais aussi et de plus en plus, dans des programmations annuelles – c'est un élément sur lequel nous insistons –, avec des diagnostics réguliers et bien sûr, des actions d'information, de sensibilisation et autres. Ceci tout en restant dans les objectifs généraux de coordination des professionnels de la santé du secteur public, du secteur privé, du secteur social des mairies, afin que ces Ateliers Santé Ville créent une véritable synergie dans les territoires. Ces Ateliers Santé Ville doivent aussi aider à la promotion d'actions de terrain, de proximité, en direction des habitants.

Les moyens des Ateliers Santé Ville restent les mêmes, d'une année à l'autre, et à cet égard, il n'y a pas à redouter – sauf cas de force majeure au cours de 2012 – de baisse des moyens. Les Ateliers Santé Ville restent une priorité. Chaque année, l'Acsé commande une enquête à un prestataire, qui nous permet de savoir où en sont les Ateliers Santé Ville en termes d'actions. Maud Jerber a extrait quelques chiffres concernant cette enquête, qui est très récente et n'a pas encore été diffusée. Cette enquête qui a été commandée en 2010 et réalisée à la fin de 2011. Elle sera diffusée très prochainement au plan national. On y constate que sur la thématique de la santé mentale, qui fait partie des questions que nous posons, près de 23 000 personnes ont bénéficié, à un titre ou à un autre, d'actions menées par les Ateliers Santé Ville. La santé mentale est le sixième thème en termes de bénéficiaires. On retrouve également les questions de nutrition, de pratiques addictives, de santé des populations en difficulté, de VIH, etc. La santé mentale n'est donc pas tout à fait en haut de la liste, mais sur une

quinzaine d'items, elle se situe tout de même assez haut. Elle est l'un des principaux thèmes d'action : 264 actions spécifiques ont été mise en œuvre par les Ateliers Santé Ville sur la question de la santé mentale. Enfin, elle est le quatrième thème en termes de réponses par des Ateliers Santé Ville à des appels à projets. Cela fait partie de nos interrogations : quels sont les appels à projets auxquels vous répondez et sur quelles thématiques ? C'est très important. En effet, les Ateliers Santé Ville en eux-mêmes n'ont pas les moyens de tout faire et doivent aller chercher des moyens ailleurs. Les appels à projets en sont une possibilité. 35 Ateliers Santé Ville ont pu répondre à des appels à projets sur cette question de la santé mentale.

Bien sûr, d'autres questions se posent, qui seront sans doute abordées aujourd'hui, notamment autour des Contrats Locaux de Santé, sur lesquels les Ateliers Santé Ville doivent intervenir.

Je n'ai pas beaucoup insisté sur votre démarche, parce que je sais que vous allez en faire une présentation et qu'elle sera exhaustive. Nous sommes très heureux du type d'initiatives qu'ESPT et vous-mêmes avez pu prendre ce matin et je vous remercie de nous avoir permis de nous exprimer et de nous présenter une nouvelle fois à un public de professionnels.

«• Laurent El Ghozi

Merci, Serge Fraysse. Je pense qu'il était important de souligner le point de départ de l'engagement d'un certain nombre de villes dans les problématiques de santé publique par les Ateliers Santé Ville depuis maintenant dix ans, et le fait qu'il y en ait 264 aujourd'hui, 300 demain. Vous avez dit que les moyens ne diminuaient pas, mais si les moyens n'augmentent pas alors qu'il y a 36 Ateliers Santé Ville supplémentaires, cela inquiète pour les 264 existants... C'est une question sur laquelle nous n'insisterons peut-être pas maintenant. En tout cas, il est certain que les Ateliers Santé Ville ont permis de mettre en évidence, entre autres, cette problématique de la santé mentale sous tous ses aspects, y compris la question des addictions, d'une part, et d'autre part, de montrer qu'en faisant ensemble, y compris avec les élus et les collectivités locales, nous arrivions à faire un peu mieux. Je crois que c'est véritablement cela, l'apport des Ateliers Santé Ville et de la politique de la ville. Aujourd'hui, les contrats locaux sont probablement là pour élargir cette dynamique à tous les territoires.

J'ai une remarque désagréable à faire. Vous avez vu que nous étions trop nombreux. Un certain nombre d'entre vous ont accepté de n'être qu'auditeurs, au moins pendant un certain temps, et sont néanmoins dans cette salle. De ce fait, des personnes qui s'étaient inscrites avant ne peuvent plus entrer. Je vous demande donc un peu de discipline, même si c'est extrêmement désagréable, et je vous prie de m'en excuser. Il reste néanmoins quelques places.

Introduction croisée

«• **Jean-Luc Roelandt**, directeur du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Je tiens à remercier l'Acse et la DIV, qui nous ont permis de mettre en place ce travail de développement des Contrats Locaux de Santé mentale axés directement sur les Ateliers Santé Ville. Quand il y a une dynamique d'Atelier Santé Ville, cela aide énormément pour la mise en place de Conseils locaux de santé mentale. Et notre travail a d'abord été dans les quartiers de la politique de la ville. Nous travaillons en ce sens en partenariat avec la Fnapsy et l'Unafam, avec l'Adesm (Association des directeurs d'établissement de santé mentale) et avec le Conseil national des villes, qui est largement représenté ici, notamment par sa secrétaire générale et par des membres éminents. J'y siège depuis quatre ans, et nous essayons de conduire une action en faveur de la santé et de la santé mentale, parce que les deux sont indissociables.

Pourquoi le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé s'intéresse-t-il aux Conseils locaux de santé mentale ? Pour une raison philosophique : depuis des années, nous développons une politique de santé intégrée dans la cité qui ne peut se faire qu'en partenariat et nous souhaitons que dans le champ de la santé et de la santé mentale, nous soyons partenaires avec toutes les personnes et institutions concernées et non pas que nous ayons des partenaires. C'est une dynamique complètement différente, qui implique une égalité entre les parties.

Dans l'année 2001, l'OMS a promulgué des recommandations générales pour les 195 pays membres en matière de santé mentale. Nous sommes encore dans la décennie de la santé mentale, qui se termine actuellement. Les recommandations vont dans le sens d'un partenariat local direct :

- traiter les troubles au niveau des soins primaires ;
- rendre les traitements disponibles ;
- soigner dans la communauté ;
- éduquer le grand public, c'est-à-dire tout le travail qui est fait dans les Ateliers Santé Ville, tout le travail qui devrait être fait dans les Contrats Locaux de Santé mentale ;
- associer les communautés, les familles et les usagers – ils sont représentés ici ;
- adopter des politiques au niveau national ;
- développer les ressources humaines ;
- établir des liens avec d'autres secteurs – c'est extrêmement important ;
- surveiller la santé mentale des communautés ;
- soutenir la recherche.

> Voir présentation des documents de **Jean-Luc Roelandt** accompagnants cette intervention p. 2-6 des diaporamas

S'agissant de la ville et de la santé mentale et de la structuration des partenariats, en France, on nous rappelle toujours que la santé n'est pas une compétence légale obligatoire des municipalités. Certes, mais :

- Le bien-être et le « vivre ensemble » le sont, et la santé mentale et le « vivre ensemble » sont tout de même assez proches.
- Les maires disposent d'un pouvoir d'hospitalisation psychiatrique en urgence en cas de troubles de l'ordre public qui n'a pas été modifié par la loi de Juillet 2011. Dans 70 % des cas, ce sont les maires qui envoient leurs concitoyens en hospitalisation d'office, 30 % le préfet. C'est ce que l'on appelle l'hospitalisation d'office à la demande d'une autorité extérieure en cas de danger imminent pour la sécurité des personnes.
- La santé mentale est une thématique fréquente retrouvée dans la problématisation de la précarité.
- Les thèmes d'action des Ateliers Santé Ville sont des thèmes que l'on retrouve généralement dans les questions de précarité et qui renvoient aux déterminants sociaux.

La sectorisation psychiatrique a été la première territorialisation réelle des politiques publiques de santé et devrait normalement être le modèle pour toutes les politiques publiques et un modèle de travail en partenariat. Dans notre service, 80 % des médecins hospitaliers travaillent dans les villes et plutôt dans les quartiers difficiles. 20 % à l'hôpital. Ceci veut dire que nous ne sommes plus un service hospitalier, mais service de santé mentale intégré dans la cité.

Cette action de psychiatrie citoyenne ne peut se faire qu'avec les élus locaux et la population. L'avenir de la santé mentale passe par là.

Ce n'est pas très compliqué à mettre en oeuvre : tout a déjà été écrit dans la circulaire de 1960. Il faut uniquement se demander pourquoi cela n'a pas été appliqué en France, puisque nous avons inventé la prévention et les soins dans la cité.

La philosophie générale de cette action est d'intégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine et la santé mentale dans le champ de la santé publique. Dans le secteur où je travaille, nous nous sommes aperçus, dans nos débats avec les élus, que les questions de santé et de santé mentale étaient intimement liées et que les déterminants sociaux démographiques de santé étaient importants. On sait que les gens souffrant de maladies graves de santé mentale sont souvent dans un état de précarité et perdent dix à vingt ans d'espérance de vie par rapport à la population non malade et ce n'est pas qu'une question de suicide, mais plus de problème de santé somatique.

S'il n'y a pas de lien avec le somatique et avec les déterminants de santé en général, on ne peut pas arriver à améliorer la santé mentale et la santé physique des personnes.

Aujourd'hui, la composition de l'assistance à cette rencontre atteste de la nécessité d'une approche intersectorielle, puisque quasiment tout le monde est là : santé, éducation, logement, justice, travail social, usagers... Si nous n'avons pas un lieu de concertation pour la mise en place des politiques au niveau des territoires, chacun reste dans son coin et les phénomènes de « patate chaude » apparaissent illico.

J'ai appris par les chercheurs du CAS [Centre d'analyse stratégique], au dernier colloque du conseil national des villes sur la prévention de la délinquance, qu'il n'y avait pas de prévention spécifique. Si vous faites une prévention auprès des jeunes dans les quartiers, vous faites une prévention aussi bien pour la santé que pour la santé mentale, pour la justice, pour prévenir la délinquance, etc. C'est la même prévention. Il faut donc cesser de découper la prévention en rondelles et essayer de travailler ensemble pour le bien être des populations.

Les objectifs généraux de la création des CLSM sont les suivants :

- passer d'une logique de services à une logique territoriale coordonnée par les maires y compris pour les services de psychiatrie qui vont devenir un des services coordonnés par les maires ;
- rendre la prévention efficace : les services de psychiatrie ne font pas de prévention primaire. Ils font de la prévention secondaire et tertiaire. Si nous ne faisons pas de prévention primaire, nous serons toujours en retard. L'accès aux soins étant difficile, quand les personnes qui présentent des troubles arriveront à l'hôpital, il sera trop tard. Les troubles seront trop importants pour être traités en ville. On considère, comme le font les pédiatres, que l'hospitalisation est un échec de la prévention, parce que l'on n'aura pas fait les choses avant.
- développer les dispositifs qui concourent au « mieux vivre ensemble » et associer les Ateliers Santé Ville à la création des Conseils locaux de santé mentale. Les Contrats Locaux de Santé sont des opportunités dont il faut se saisir.

Les conseils locaux de santé mentale ont connu une longue gestation. Le dispositif existe depuis 1972 avec les conseils de secteur. La loi de séctorisation de 1985 incite à la création de conseils départementaux de santé mentale. La circulaire du 14 mars 1990, signée par Claude Évin, incite à la création de conseils de secteur. Le plan de santé mentale de 2001 encou-

rage le développement des partenariats locaux entre acteurs. C'est donc une répétition infinie : quand cela va-t-il aboutir vraiment ? Nous espérons que ce sera aujourd'hui, puisque vous êtes tous là... L'ordonnance de 2003 supprime les conseils départementaux. Le plan de santé mentale de 2005-2008 incite à la création de conseils locaux. Enfin, la Cour des comptes, en décembre 2011, recommande, dans la dernière phrase de son rapport, de « généraliser les *Conseils locaux de santé mentale* ». Pourquoi cette avancée française n'a pas concrètement abouti ?

Des conseils sont mis en place un peu partout, mais il n'y en a vraiment pas encore assez. Au départ, quand nous avons commencé cette action de recensement et d'aide à la création, il devait y en avoir 15 ou 20. Actuellement, 56 sont opérationnels, qui regroupent près de 150 villes. Nous espérons que plus tard, il y ait des Conseils locaux de santé mentale partout, dans toutes les cités. Y compris à Longwy (la liste est en annexe). Je crois aussi que Nancy l'envisage. L'intercommunalité de Nancy regroupe 160 communes, qui vont nous rejoindre. Je ne sais pas si certaines sont concernées par la politique de la ville.

En termes de méthodologie de l'action du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé, notre premier axe a été d'établir un guide sur les expériences locales, un état des lieux des partenariats existants. Nous avons deux chargées de mission, Pauline Rhenter puis Pauline Guézennec, qui ont assuré tour à tour ce travail. Par ailleurs, nous valorisons les expériences innovantes à travers des bilans et nous soutenons la restructuration de l'offre de soins et de santé, la prévention en santé publique, l'intégration citoyenne des malades, la coordination des prises en charge, l'accès aux soins de santé mentale, la continuité de la prise en charge. Nous assurons un appui théorique et technique adapté au contexte local. C'est ce que vous apporte le CCOMS grâce à la convention avec l'Acsé. Nous pouvons dire que jusqu'à présent, nous avons rempli notre mission. Il faudrait maintenant la démultiplier, mais cela nécessite une politique nationale.

Je m'arrête là. La parole sera à vous, et nous verrons alors l'incroyable fertilité de ce concept au niveau des réalisations locales.

« • **Laurent El Ghozi**

Merci, Jean-Luc. Le cadre est maintenant posé.

En introduction à cette journée, je regrette d'abord l'absence de Xavier Bertrand, qui nous a envoyé une lettre de soutien et qui nous a assuré que ce que nous faisons était très bien. Mais je trouve dommage qu'il ne vienne pas écouter ce que disent les élus locaux et les professionnels en charge de cette question.

Je regrette peut-être davantage encore l'absence du Secrétariat général du Conseil interministériel des villes, parce que c'est précisément la DIV, puis le SG-CIV qui ont initié, poussé et financé cette réflexion, avec, il y a plus de dix ans, un séminaire, à Lyon, avec Jean Furtos sur le thème «élus et psychiatres», qui avait donné lieu à ce premier opusculé: Les élus face à la souffrance psycho-sociale: de la sollicitude au politique. Je pense que beaucoup de choses sont déjà dites dans le titre, mais vous pouvez aller sur le site trouver la totalité du texte. Puis, en 2005, a été créée l'association ESPT, avec un financement de la DIV, à l'époque. Ensuite a été lancée la mission pour le développement des Conseils locaux de santé mentale sur l'ensemble du territoire que vient d'évoquer Jean-Luc Roelandt. Bref, la politique de la ville a véritablement promu, fomenté, financé toute cette réflexion et a permis que nous en soyons là, aujourd'hui. La place des Ateliers Santé Ville dans l'émergence de cette préoccupation, une préoccupation partagée entre la population, les usagers, les élus et les professionnels est aussi absolument fondamentale.

Quelques mots sur Élus, Santé Publique & Territoires, pour ceux qui ne la connaissent pas encore. L'adresse du site Internet est la suivante: www.espt.asso.fr. Élus, Santé Publique & Territoires a été créée dans la continuité de la réflexion sur les Ateliers Santé Ville et en particulier, de la journée «Bilan et perspectives des Ateliers Santé Ville» de janvier 2005 et des Assises pour la ville de 2005. Nous sommes donc vraiment inscrits dans cette filiation. Aujourd'hui, l'association regroupe 60 à 65 villes de toutes tailles, de toutes couleurs politiques, de toutes régions, avec comme objectif le développement des politiques de santé au niveau local, donc, territorialisées et contractualisées avec l'État. Dans ce sens, en 2005, nous avons exprimé un certain nombre de choses qui ont été inscrites dans la loi HPST, en particulier sur les Contrats Locaux de Santé. L'association encourage ainsi le développement des politiques locales de santé, la mutualisation, les échanges, la formation entre les élus, les professionnels, les usagers et l'ensemble des acteurs sur un territoire. C'est l'objectif des journées nationales d'étude. Nous en sommes à la douzième. C'est également la première sur les Conseils locaux de santé mentale. Sur les douze journées, six portent sur les questions de santé mentale. La première a eu lieu à Nantes: «Santé mentale et ordre public: quelles compétences pour les élus locaux?», la deuxième, à Grenoble: «Le maire et le psychiatre: ensemble pour la santé mentale», la troisième, «Santé mentale, sécuritéS et libertéS», à Paris – tous ces titres doivent vous parler... Et il y a deux ans a été organisé, déjà avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale, un colloque européen qui a réuni sept pays d'Europe et au cours duquel, malgré l'extrême diversité institutionnelle, de financements, de cultures de ces sept pays, nous étions tombés d'accord sur cette conclu-

sion : quand les élus et les professionnels de la santé mentale décident de travailler ensemble et de mettre en convergence leurs réflexions, leurs forces, leurs outils, cela fonctionne mieux. Cela rejoint complètement ce que vient de dire Jean-Luc Roelandt.

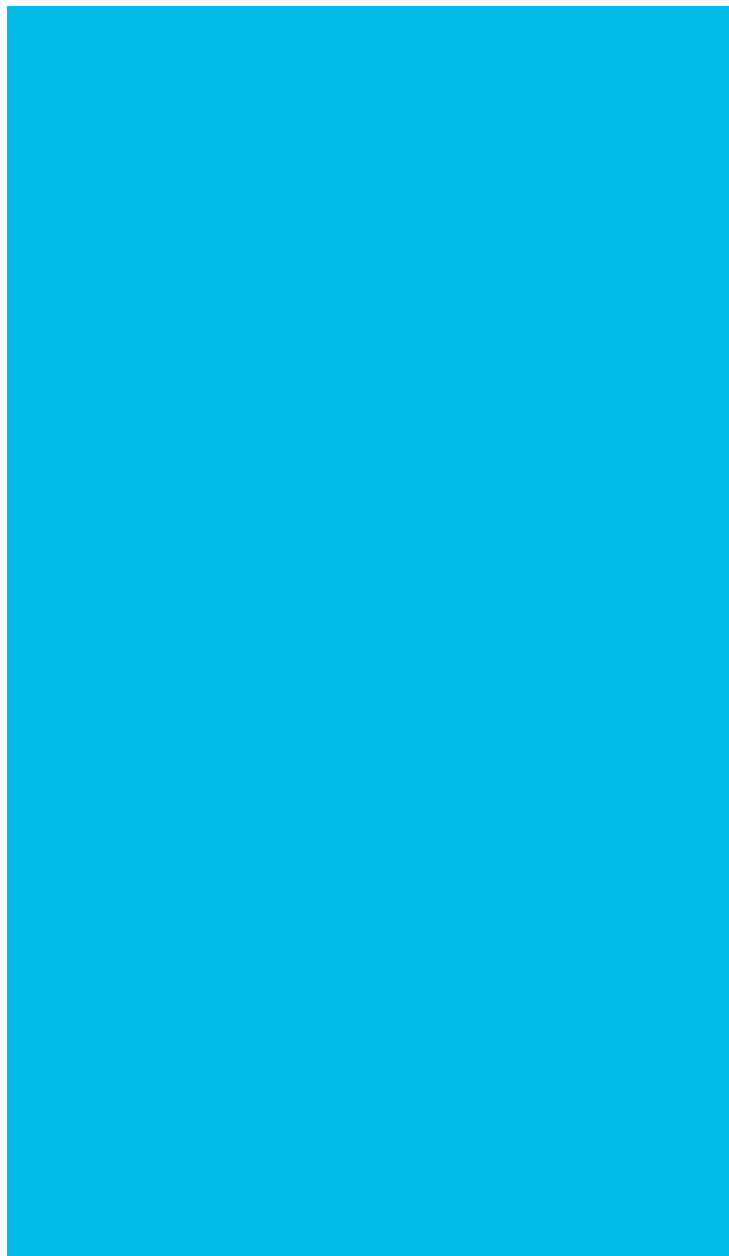
Pourquoi cette préoccupation de la santé mentale, alors que, vous le savez tous, la santé n'est pas une préoccupation des élus ? Parce que même si nous n'avons pas de compétence en la matière, les questions de logement, d'accompagnement social, d'accès aux services, d'accès au sport, à la culture, c'est-à-dire l'accès égal pour toute la population, ces questions sont au cœur des préoccupations des élus, quelle que soit leur couleur politique : l'accompagnement lié aux soins et surtout la dé-stigmatisation, la place égale de tous les citoyens. Le grand mot est lâché : « citoyenneté et santé mentale ». « Citoyenneté », c'est le titre même de cette journée... Comment faire en sorte que sur tous les territoires de la République, tous les citoyens soient égaux et accèdent de la même façon à l'ensemble des services. La psychiatrie citoyenne exige l'engagement des élus locaux. L'un des outils de cet engagement est le Conseil local de santé mentale, qui s'est développé récemment grâce au Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé et aux deux Pauline, successivement Rhenter et Guézennec, aujourd'hui.

Notre conviction est que la seule manière d'avancer est de nous obliger tous ensemble à prendre en charge les personnes, les familles, les citoyens souffrants. Je rappelle ce qu'a dit Jean-Marie Le Guen, mais qu'Emmanuel Hirsch avait aussi affirmé très fortement à l'occasion du colloque sur les salles de consommation à moindres risques, il y a près d'un an : l'éthique du « prendre soin », l'éthique de l'attention à l'autre imposent à tout le monde d'agir ensemble, dans un contexte où il y a deux points qui me paraissent très importants. Le premier est le rapport de la Cour des comptes, qui souligne l'importance de développer partout des Conseils locaux de santé mentale dans le cadre du renforcement ou plutôt, de la réanimation de la politique de secteur. Le deuxième, ce sont les Contrats Locaux de Santé que les collectivités locales vont signer avec les ARS. Certaines ARS, comme celle de Rhône-Alpes, mettent même la santé mentale comme première priorité, voire comme priorité exclusive des Contrats Locaux de Santé. Cette actualité nous oblige à approfondir et à avancer.

C'est l'objectif de cette journée, qui se déroule en quatre temps. Nous allons d'abord essayer de présenter rapidement le cadre au niveau européen, national, régional et local, avec toutes les questions qui viennent d'être évoquées. Puis, nous verrons quels sont les éléments permettant de réussir la mise en place d'un Conseil local de santé mentale en inter-

rogeant les quatre principaux acteurs, qui sont indispensables : usagers, familles, psychiatres et élus. Nous traiterons ensuite deux grands sujets : à quoi sert un Conseil local de santé mentale pour la prévention et pour la citoyenneté et l'insertion de tous ?

Nous souhaitons qu'à l'issue de cette journée, nous soyons en capacité d'émettre des recommandations, de continuer ce travail pour peser sur les décisions des pouvoirs publics et des gouvernements présents et à venir. Notre objectif est de faire en sorte que les Conseils locaux de santé mentale deviennent une obligation, dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, dans le cadre des politiques locales, dans le cadre de l'éventuelle future loi sur la santé mentale, et que cette collaboration entre tous les acteurs sur un territoire permette véritablement d'avancer dans ce sens.



/ **Table ronde :** La situation actuelle

«• *Laurent El Ghozi*

J'appelle les participants à la première table ronde. Pour le niveau européen, Marianne Auffret, pour le niveau national, Françoise Gaudet-Escarra, pour le niveau régional, l'ARS d'Île-de-France avec Laurent Chambaud, directeur de la politique de la santé publique, et Lazare Reyes, responsable de la santé mentale et la psychiatrie, et pour le niveau local, Patrick Chaltiel, psychiatre à Bondy.

Marie-Odile Saillard, directrice du CH et secrétaire régionale de l'Adesm pour la région Nord-Pas-de-Calais, n'est pas là, semble-t-il. Elle devait assurer l'animation. Je vais donc essayer de distribuer la parole, en commençant par la donner à Marianne Auffret, à qui je laisse le soin de se présenter.

L'objectif de cette séquence est de dire brièvement, à ces différents niveaux de responsabilité, comment les choses se situent.

Au niveau européen : bilan de la conférence de Lisbonne

«• **Marianne Auffret**, maire-adjointe déléguée à la santé, aux seniors et aux personnes en situation de handicap, 14^e arrondissement de Paris

Je préfère ne pas me présenter et vous laisser comprendre petit à petit qui je suis, au fur et à mesure de mon intervention. Je remercie tout d'abord Jean-Luc Roelandt et Laurent El Ghazi de m'avoir confié ce chapitre, qui requiert un bilinguisme un peu particulier, celui de la traduction de l'anglais technocratique de la Commission européenne en français contemporain. Et croyez bien que cet exercice est assez peu porté sur la blague. Je vais donc faire ce que je peux... Je retiendrai bien évidemment toutes les critiques quant à mon usage du français contemporain et également, quant à mon usage un peu spécial des présentations Powerpoint, parce que je ne sais pas trop où il faut appuyer...

Il y a un peu plus d'un an a eu lieu à Lisbonne l'une des conférences thématiques du pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Le pacte est un ensemble de cinq « conférences de haut niveau » – c'est ainsi que cela s'appelle et, pour être tout à fait sincère, cela a été un peu le cas. Ces conférences déclinent différents aspects de la question : la prévention de la dépression et du suicide, la santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif, la santé mentale sur le lieu de travail, la santé mentale des personnes âgées et enfin, le sujet qui nous concerne tout particulièrement aujourd'hui, la « conférence de Lisbonne », consacrée à la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

Cette conférence organisée par la direction générale de la Commission européenne et le ministère de la Santé portugais s'était fixé les objectifs suivants, qui figuraient sur le document de travail – ce n'est pas la partie la plus drôle, mais il est important d'en parler :

La stigmatisation et l'exclusion sociale, qui constituent à la fois les facteurs de risque et les conséquences des troubles mentaux, peuvent fortement entraver la demande d'aide et la guérison. Les responsables politiques et les acteurs concernés sont invités à prendre des mesures pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale, visant notamment à :

- apporter le soutien aux campagnes et actions contre la stigmatisation menées par exemple dans les médias, les écoles ou sur le lieu de travail pour favoriser l'intégration de personnes souffrant de troubles mentaux ;
- mettre en place des services de santé mentale socialement bien intégrés ;
- placer l'individu au centre des préoccupations ;

> Voir présentation des documents de **Marianne Auffret** accompagnants cette intervention p. 8-11 des diaporamas

- agir de manière à éviter la stigmatisation et l'exclusion ;
- encourager l'intégration sociale de personnes souffrant de troubles mentaux en leur permettant d'accéder plus facilement à l'emploi, à la formation et à des programmes d'enseignement adaptés ;
- associer les personnes atteintes de troubles mentaux, leur famille et les soignants à l'élaboration des politiques et aux processus de décision dans ce domaine.

Nous sommes partis de là : c'était le début de la conférence. Nous n'avions pas encore réfléchi tous ensemble. Il n'est pas faux de dire que tout ceci relève de grandes intentions, mais je ne pense pas que ce soit aux grandes intentions qu'il faille en vouloir : c'est plutôt aux actes qui ne suivent pas qu'il faudrait savoir s'en prendre.

Tel était le cadre de la conférence. S'agissant du cadre de l'intervention française, l'objectif, pour la délégation française, était non seulement d'échanger sur les bonnes pratiques mises en place à cet égard à l'échelle européenne – et les initiatives abondent en la matière, je vous en exposerai quelques-unes –, mais aussi d'y faire entendre celles que nous proposons, celles qui, mises en place ici, en France, depuis plusieurs années, mériteraient peut-être de connaître un sort plus européen. Je veux bien sûr parler des Conseils locaux de santé mentale. Nous avons évoqué, à Lisbonne, la semaine d'information de la santé mentale, dont Aude Carria vous parlera cet après-midi.

Les initiatives européennes tentent de mettre un peu d'huile dans les rouages. Aussi différentes soient-elles, elles comportent des clés communes, un langage commun, à savoir le partage des pratiques, l'ancrage territorial et la centration sur l'usager. Et même, dans les cas les plus fous, un peu d'impulsion politique... Incroyable, n'est-ce pas ?

Dans le projet italien, le réseau EUREGHA, expérimenté dans la région vénitienne, a déjà été présenté lors de plusieurs réunions européennes à de nombreux pays membres. Il s'agit d'une instance de lobby, mais aussi de coordination régionale et locale, qui a donné lieu à un échange de bonnes pratiques entre acteurs politiques, associatifs, sociaux et médicaux. Ils ont beaucoup travaillé sur les questions de dépression et de suicide.

Le projet portugais émane de la Coordination pour la santé mentale du ministère de la Santé et concerne le soin psychiatrique des personnes sans domicile fixe. Il existe diverses initiatives en Europe, mais celle-ci est particulièrement intéressante. Elle est également déployée à un niveau régional et à un niveau local, pour plus d'efficacité.

Le troisième projet que j'ai choisi de vous présenter – parmi de très nombreux autres – est celui de l'Alliance allemande pour la santé mentale. C'est un partenariat tripartite entre professionnels, aidants et usagers et qui développe et évalue des programmes territoriaux à l'attention des écoles, des étudiants ou des institutions telles que la police, par exemple, et qui sont destinées à promouvoir un concept qui grandit : *l'empowerment* des usagers et des aidants, que l'on traduit parfois par « capacité d'agir », « autonomisation » et même « en-capacitation » ou simplement « émancipation ». Mais on peut aussi employer le terme anglais.

Venons-en à nous. La délégation française était composée de Jean-Luc Roelandt, l'éminent Directeur du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé, Aude Caria et moi-même, qui représentais très humblement, mais dans un anglais très digne, l'association Élus, Santé Publique & Territoires, ici incarnée par Laurent El Ghazi.

Jean-Luc Roelandt et moi avons présenté brièvement les expériences de conseils locaux en nous appuyant sur ceux que nous connaissions le mieux, à savoir celui de la banlieue est de Lille et celui du 14^e arrondissement de Paris. Vous pouvez en déduire que je suis une élue du 14^e arrondissement de Paris. Les deux conseils sont très différents dans leur fonctionnement et leur histoire. Ils se sont donné des champs d'action distincts et diffèrent dans bien des domaines. Et précisément, la concomitance des présentations illustre la diversité des modalités d'action qu'offre ce cadre du Conseil local de santé mentale.

Le conseil de la banlieue est de Lille rassemble plusieurs villes, quand celui du 14^e est la fraction d'une ville. En soi, ce sont déjà des concepts très différents. Celui de Lille est un conseil ancien, qui a su prouver son efficacité à travers le temps. Cela s'évalue concrètement, notamment à travers la diminution du nombre d'hospitalisations et de leur durée, en particulier pour les hospitalisations forcées, et l'amélioration du réseau Ville – Hôpital au sens large. Cela s'est traduit également par une meilleure adaptation de l'offre d'hébergement et de logement, avec les appartements thérapeutiques, par exemple. Enfin, le conseil de la banlieue est de Lille traite de situations individuelles.

Le conseil du 14^e arrondissement est un petit conseil, plus jeune. Il a trois ans et se cherche encore. Du point de vue logistique, il s'appuie énormément sur la mairie. Pour l'instant, il est avant tout un carnet d'adresses concret et immédiatement disponible qui permet les contacts entre acteurs locaux, intervenant sur des cas souvent complexes. Mais il ne traite pas directement de situations individuelles. Il est accompagné de projets de communication dans le cadre de la semaine d'information sur la santé

mentale, de projets de formation à destination d'élus et de membres de cabinets, de sensibilisation, en partenariat avec le conseil local de la jeunesse, et de lobbying pour infléchir l'orientation de l'offre de soins, par exemple dans le projet d'un futur EHPAD du 14^e arrondissement, qui aura une orientation plus handicap psychique et qui est soutenu par la ville de Paris.

Il importe également de noter que le rapport des élus à l'outil CLSM est différent d'une ville à l'autre. Les élus parisiens, et plus encore les élus d'arrondissement, ont un rapport formel très lointain avec la santé mentale, peut-être dû au fait qu'ils ne sont pas dotés du pouvoir d'hospitalisation d'office. Peut-être aussi sont-ils un peu impressionnés par les gros paquebots de la psychiatrie parisienne. En tout cas, c'est un élément à ne pas négliger, non pas dans une perspective corporatiste du syndicat des élus de France, mais le fait que ce conseil local soit convoqué par le maire est un élément vraiment central et hautement symbolique. Il s'agit ni plus ni moins d'un outil de démocratie sanitaire. Ce n'est rien que cela, et c'est déjà cela.

Notre idée n'était évidemment pas de présenter à Lisbonne la liste exhaustive de la centaine de conseils locaux qui existent en France ni de montrer ce en quoi ils différaient, bien que cet élément soit important, parce que la variété des champs des possibles que propose le conseil local est un argument incontestablement en sa faveur. Notre idée était en tout cas de montrer, à Lisbonne, en quoi ils se rejoignent tous, ce qu'il y avait dans cette bête-là et ce que le concept pouvait produire de pérenne, de reproductible, quel que soit le contexte, et en quoi il servait les causes que se fixait le Pacte et que j'ai exposées au début.

Ainsi, si nous avons bien dit combien ces CLSM avaient des objectifs variés, qui débouchaient sur différents types de projets, nous avons également insisté sur le fait que l'on y retrouvait aussi des préoccupations communes, éminemment ancrées dans les territoires et qui sont tout simplement ingérables si elles ne sont pas traitées transversalement. Où va-t-on quand on sort de l'hôpital et que l'on n'a pas de logement ? Que fait-on quand on ne sait pas vivre seul mais que l'on n'a rien à faire à l'hôpital ? Qui est-on quand on est trois dossiers chez trois assistants sociaux différents – un assistant de l'Éducation nationale, un assistant de l'hôpital et un assistant de secteur ? Comment démêle-t-on l'écheveau des troubles du voisinage, l'isolement profond, l'intervention policière, la conduite d'échec, l'inobservance thérapeutique, alors que tout cela relève de dix interlocuteurs différents ? Qu'est-ce que l'on fait alors ? On met en place des Conseils locaux de santé mentale !

En conclusion, je dirai qu'à titre formel, plusieurs messages semblent être passés. Nous sommes au début d'une année neuve et pleine de promesses, ne perdons pas cette occasion de nous réjouir. Pour tout dire, cela se présentait assez bien puisque depuis la plénière d'introduction, John Dalli, le commissaire européen, avait mentionné l'initiative des CLSM français, en insistant sur l'intérêt de leur ancrage territorial. Lors de la table ronde à laquelle nous sommes intervenus, il y a eu beaucoup de questions concrètes sur la composition des conseils, leur cadre d'intervention, leur efficacité et leur portée symbolique. Les deux ont provoqué de l'intérêt. La souplesse du cadre et l'originalité de la démarche, grâce à l'impulsion plus politique que médicale, semblent avoir convaincu.

Il y avait cinq points de conclusion à cette conférence, qui donnaient cinq grandes orientations. Cela ressemble assez au premier objectif que nous nous étions fixé, et c'était un peu la confirmation de ce que nous pensions :

- autonomisation, implication et consultation des usagers et de ceux devenus experts par l'expérience, ainsi que des soignants et aidants informels ;
- mise en place de services de santé mentale globaux, communautaires et de haute qualité ;
- nécessité de replacer la santé mentale dans son contexte social local ;
- possibilité pour les personnes atteintes de trouble mentaux d'exercer leurs droits ;
- renforcement de la protection sociale comme outil de prévention.

Certes, ce n'est pas très original. Mais à défaut de réinventer l'eau tiède, c'est bien ce mot de la fin qui va dans le sens de la création de ces structures transversales, transparentes, dépassant le cadre de ce que nous appelons le lien ville – hôpital et qui se limite bien souvent au paradigme médecin généraliste et centre hospitalier.

Peu d'élus assistaient à cette conférence et, à l'exception d'une poignée, il n'y avait d'usagers que ceux qui avaient un autre titre en même temps. La marge de manœuvre reste considérable.

Dans un courrier de la fin novembre à l'adresse de Jean-Luc Roelandt, le commissaire européen Jürgen Schefflein propose que l'expérience du CLSM soit intégrée au travail sur la santé mentale effectué par l'Union européenne à travers l'action commune en santé mentale qui doit se dérouler dans les mois à venir. Le ministère de la Santé portugais, en la personne de José Miguel Caldas de Almeida, y participera en prenant

la tête d'un groupe de travail intitulé: *Managing the evolution towards community based and socially-inclusive approaches to mental health*. Tout est dit... Il s'agit de réfléchir au moyen d'évoluer vers une approche de santé mentale communautaire et d'inclure les aspects de la santé mentale que l'on maintient traditionnellement au mieux au domaine de l'accessoire ou à la sphère du périphérique, à savoir l'inclusion sociale. C'est-à-dire de considérer comment un individu, en même temps qu'il est un patient, est aussi un habitant, un assuré social, un parent, un usager, un citoyen, et surtout, comment mettre en place les outils concrets qui vont permettre la coordination de ces différentes facettes.

Je suis peut-être un peu lourde, avec mon Conseil local de santé mentale, et je ne suis pas sûre, finalement, que ce soit la panacée; j'imagine que nous allons en parler ensemble. C'est sûrement un outil parmi d'autres. Il semble bien tout de même que sa généralisation pourrait non seulement enrichir le concept, mais obliger les acteurs locaux à décroquer leurs pratiques, dans le respect du secret partagé et à donner des dimensions nouvelles à l'individu-patient ainsi que de la perspective, enfin.

Le ministère de la Santé est bien sûr convié à participer à l'expérience. Reste à savoir qui composera le ministère de la Santé dans les mois à venir. Le suspense est intolérable...

Je suis consciente qu'il y a dans tout cela un vrai danger, et nous en avons parlé à Lisbonne, celui d'empiler les «machins»: empiler les instances, empiler les conférences, empiler les recommandations, et d'ajouter la bureaucratie à la technocratie. Si c'est le cas, nous aurons tout perdu. Il ne faut pas, pour reprendre les propos tenus par Manuel Gomez-Beneyto, pendant la conférence, que les nouvelles recommandations prennent la place des institutions rigides et en vase clos dont nous pouvons demander la fin pour devenir la nouvelle institution. Que veux-je dire par là? Je veux dire qu'il faut rester souple et voyager léger. En cela, le cadre du CLSM est un outil démocratique précieux; ce n'est pas un joujou politiquement correct. Et il faut viser haut. En cela, le cadre européen, qu'il nous plaise ou non, est un cadre puissant et créateur de droits. Enfin, il faut rester groupé et ne se diviser que pour mieux réfléchir, car tout relâchement manifeste se fera toujours aux dépens des mêmes, ceux dont la voix porte peu, ceux qui n'emportent pas toujours notre bienveillance spontanée, avec leurs airs étranges. Je vous le dis, Messieurs et Mesdames, en français dans le texte: les fous, c'est nous, et si ce n'est nous, ce sont donc nos frères.

Merci.

«• *Laurent El Ghozi*

Merci, Marianne. C'était parfait. J'espère que tout le monde est convaincu. Tu peux supprimer le point d'interrogation. Nous pourrions presque nous arrêter là : tout est dit. Nous allons néanmoins passer à l'échelon national en donnant la parole à Françoise Gaunet-Escarras, qui intervient en tant que membre du Conseil national des villes.

Au niveau national : politique de la ville et santé mentale

« *Françoise Gaunet-Escaras, maire-adjointe déléguée à l'hygiène, la santé, le sida, la toxicomanie et la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent, Marseille, membre du Conseil national des villes*

Je suis professionnelle de santé, maire adjointe, membre du Conseil national des villes et investie dans l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur, sur de nombreuses thématiques.

Je voudrais commencer par la tonalité sur laquelle vous avez terminé, parce que je crois qu'elle est essentielle : le Conseil local de santé mentale n'est pas politiquement correct. Globalement, c'est ce à quoi nous nous heurtons, malgré l'énorme volonté que toutes les personnes représentées ici manifestent. J'aurais bien aimé savoir combien il y a d'élus locaux, ici. Voudriez-vous bien lever la main ? Parfait ! C'est déjà mieux qu'avant ! Donc, nous devons être optimistes. Ce n'est pas parce que c'est la nouvelle année, mais parce qu'un travail énorme de lobbying et d'actions de professionnels a été accompli depuis des années. Je salue d'ailleurs Laurent Chambaud.

Pour refaire rapidement l'historique sur le plan national, l'action en santé mentale a été amorcée par le portage volontaire d'un certain nombre de gens, pour commencer. Ensuite, ces gens ont créé un certain nombre de groupements à l'intérieur des institutions et, comme vous le savez, cette préoccupation de santé mentale dans la cité et de Conseils locaux de santé mentale ont pu se manifester grâce aux Ateliers Santé Ville. Nous ne l'oublions pas, et nous allons continuer à les décliner parce que pour toutes les personnes qui sont ici présentes, les Ateliers Santé Ville, qui sont maintenant affirmés et pérennisés – ce que nous avons le bonheur d'entendre –, restent un soutien énorme, nationalement, pour fabriquer de la détermination au niveau national et au niveau local. En fait, nous sommes dans des mouvements de va-et-vient entre le local et le national puisque, malgré le démarrage, qui était inscrit dans les ordonnances de 1960 et la circulaire de 1972, les Conseils locaux de santé mentale n'ont été repris, globalement, que dans les années 1990. Et ils n'ont été déclinés qu'à partir des années 2000, au moment où les Ateliers Santé Ville et les études qu'ils avaient promues au niveau local ont permis de faire émerger la santé mentale comme une préoccupation essentielle. Et je crois qu'alors, les politiques sont un peu tombés sur le flanc, car la santé mentale n'est pas encore une réelle préoccupation des politiques.

Nous savons que ce n'est pas encore bien entendu partout, mais il y a tout de même une immense plateforme de personnes que nous représentons, que ce soient des professionnels, des travailleurs sociaux, des élus, etc., qui permettent de faire progresser ceci dans un mouvement de va-et-vient et de lobbying très fort au niveau national et local. Pour moi, d'ailleurs, cela commence par le local, parce que certes, nous sommes un peu fous, obligatoirement, mais en tout cas, nous sommes convaincus que ce n'est que la volonté politique déterminée qui permet de faire s'associer les gens. Marianne Auffret évoquait le fait que les élus locaux avaient peur des grosses structures de psychiatrie publiques. Pour ma part, je pense qu'au niveau local, pour en avoir vu beaucoup, que nous avons rassuré la psychiatrie publique, que nous leur avons donné quelques moyens de conforter leur désir, leur volonté d'action, même si nous savons tous qu'il y a encore énormément de rétractions de la part de professionnels – ce ne sont certainement pas ceux qui sont ici, par définition – et encore plus de la part des politiques, qui ont peur. Nous en sommes encore à la peur, à la stigmatisation sur la santé mentale, voire même, à une évacuation, parce que ce sont des problèmes sur lesquels il n'y a pas de formation, qui est un souci essentiel des situations, et c'est pourquoi, un autre thème des Conseils locaux de santé mentale consiste à faire en sorte que la santé mentale soit traitée globalement dans la cité, avec tous les malades et sur tous les déterminants des patients. Mais c'est une culture qui n'est pas encore acquise et dont les moteurs, en France, ont d'abord été un certain nombre d'associations fortes ; à cet égard, nous remercions ESPT et le CCOMS. Vous voyez d'ailleurs que j'ai apporté ma bible, qui date de 2005. Le rapport d'Antoine Lazarus et d'Hélène Strohl nous a aussi beaucoup aidés. Monsieur Furtos avait également signalé les problèmes des villes.

C'est donc une évolution longue, et qui ne fait que démarrer. L'État l'a maintenant bien entendu, grâce à l'investissement du local, puisqu'il faut du diagnostic local pour faire émerger ensuite des propositions, et nous savons très bien que c'est au niveau local que vous tous pu faire constituer vos Conseils locaux de santé mentale. Ils sont forcément différents les uns des autres, puisque nous travaillons à partir de nos problèmes locaux et de nos priorités locales. Dans notre région – et Monsieur Canta, de l'ARS PACA qui est présent, le confirmera, puisqu'il a été le rapporteur du Sros en santé mentale –, nous avons produit une grosse accélération sur le logement, c'est-à-dire sur le maintien dans le logement ou la création de logements pour les personnes sortant d'établissement. Je ne parlerai pas de la loi du 7 juillet 2011, mais nous avons fourni un gros effort en la matière, et cela commence à porter des fruits, grâce au partenariat. Cela aussi, c'est un travail du Conseil local de santé mentale : la

force de lobbying représentée, la légitimité qu'il faut fabriquer, comme dirait Laurent El Ghazi, pour les Conseils locaux de santé mentale. Si ce sont uniquement des élus qui se réunissent à 7 heures du soir avec quelques psychiatres publics, il n'y a pas de légitimité. Et de plus, il n'y a pas de moyens, puisqu'il n'y a pas de financements. Il faut vraiment d'une volonté.

L'adjonction des institutions, puisque l'ARS est récemment entrée dans le Conseil local de santé mentale à titre effectif, est progressive. On ne peut pas faire tout avec rien au départ. À titre d'exemple, pour nous, il aura fallu six ans, il aura fallu les ASV, les conclusions des ASV, la constitution des Conseils locaux de santé mentale en 2005 et maintenant, la déclinaison en réseaux de santé mentale locaux. Nous procédons différemment dans un certain nombre de villes. Nous avons eu la chance d'avoir le premier Atelier Santé Ville en santé mentale grâce à la DIV et en particulier, à Madame Richard, à Monsieur Chambaud et d'autres. C'est à partir de là, sans moyens supplémentaires, que cela se décline. Chacun s'emparera comme il peut de ces informations. Cela peut passer par le rassemblement de conseils locaux multiples, comme à Paris, mais cela peut être différent. Cela dépend des besoins.

Sur le plan national, nous avons plus de 200 Ateliers Santé Ville et 50 Conseils locaux de santé mentale. Cette question a émergé en premier dans la ville de Marseille. C'est pourquoi nous avons eu cette possibilité de faire un Atelier Santé Ville en santé mentale. Mais comment se fait-il que cela ne se décline pas davantage au niveau national ? Je demanderais aussi, si c'était possible, que sur le nouveau plan de santé mentale qui doit sortir en février, ceci soit inscrit d'une façon beaucoup claire, parce qu'il faut que les gens puissent s'appuyer sur ce plan pour pouvoir décliner un certain nombre d'actions.

S'agissant de l'avenir de nos Conseils locaux de santé mentale, il va d'abord dépendre de nous tous, mais aussi de financements. Pour le moment, il n'y en a pas. Or, pour les communes, il y a un aspect technique, pratique. Nous avons appris à travailler dans la précarité, certes, mais il arrive un moment où cela manque. Les communes ou les communautés de communes ont initié un certain nombre de choses, mais elles ne poursuivent pas, non pour une question de compétence, qui n'entre pas en ligne de compte, puisque le devoir du maire est de protéger ses concitoyens, mais pour des raisons de possibilités techniques. Si nous en parlons à tous les services, nous verrons tous que nous sommes à flux tendu avec nos chargés de mission, qui s'investissent volontairement et qui, à un moment donné, ne parviennent plus à poursuivre et à créer. En ce moment, dans notre ville, nous en sommes à la création de notre

troisième réseau local secondaire. Ils s'investissent tous à titre personnel, quasiment privé, en lien avec les institutions; ils sont légitimés, heureusement, mais sans aucun financement. Il y a là un problème à soulever pour la pérennisation, à terme.

Quant aux méthodes de fonctionnement, elles dépendent des territoires. Il n'y a pas de règles établies, si ce n'est le fait de déterminer la confiance entre les gens, qui s'acquiert, qui n'est pas décrétée, qui se fait progressivement. Pour nous, il aura fallu quatre ou cinq ans, et je pense que c'est le cas pour tout le monde, parce que la réticence bienveillante, au départ, de la psychiatrie publique, est parfaitement compréhensible vis-à-vis d'institutions avec lesquelles elle n'a pas forcément de liens structurels. Les services de psychiatrie publique se demandaient ce que les maires venaient faire au milieu.

Comment se déclinent les axes de travail? Ce qui prévaut chez nous et ce qui a fait notre entrée dans cette démarche, c'est la gestion des situations de crise de plus en plus aiguës, à titre individuel. Les équipes mobiles se sont petit à petit rapprochées du Conseil local de santé mentale. Elles sont en lien avec l'assistance publique, mais la gestion des situations complexes et des situations de crise dans la cité est l'un de nos objectifs primordiaux.

Le deuxième axe de travail porte sur l'insertion des personnes en soin et notamment en matière d'accès au logement.

Le troisième objectif est la formation des travailleurs sociaux, qui nous demandent de plus en plus d'être aidés. Les réseaux informels existent: les gens se parlent entre eux, mais ce n'est pas suffisant. Il faut mettre en route des formations, avec une quasi-spécialisation locale, pour que les travailleurs sociaux n'aient pas trop de difficultés au niveau du lien médico-social.

Vous avez sans doute compris que selon nous, la fertilité du concept est totalement évidente. La progression a été telle que pour nous aussi, acteurs, cela nous met du baume au cœur, grâce au fait que nous sommes tous reliés, maintenant, dans une communauté de santé mentale nationale. À mon sens, c'est un gros outil au niveau français.

«• *Laurent El Ghozi*

Merci, Françoise, de cet éclairage du local au national, qui permet de voir comment les choses se sont fabriquées.

Nous descendons d'un niveau, si je puis dire, sans que ce soit péjoratif. Nous qui sommes au niveau local, nous sommes tout en bas...

Que peut nous dire de cela l'ARS d'Île-de-France aujourd'hui et surtout, demain?

Au niveau régional : l'agence régionale de santé et les Contrats Locaux de Santé

« • **Laurent Chambaud**, *Direction de la santé publique, ARS d'Île-de-France*

Puisque nous descendons au niveau régional, nous allons tout de même essayer d'élever la discussion, mais elle est déjà tellement forte et nourrie que ce sera un peu difficile. Je voudrais essayer de plaider la modestie de l'implication des agences régionales de santé – pas à tous niveaux, vous le verrez : j'espère que nous pourrons vous donner des éléments... Modestie surtout par rapport à ce qui a été dit, notamment en introduction. Ce n'est pas parce qu'il y a des agences régionales de santé qu'elles vont accaparer un concept qui est en évolution depuis maintenant des années. C'est quelque chose d'intéressant, qui n'a pas attendu les agences régionales de santé, qui est en progression, qui est aussi en développement, y compris au niveau du concept. Les agences régionales de santé n'ont même pas deux ans. Elles interviennent dans un contexte dans lequel énormément de choses sont déjà faites. Notre ambition à nous, je la revendique même si elle modeste, est d'essayer d'incorporer cette notion dans une politique régionale de santé. Je voudrais insister sur ce point, parce que nous voyons très bien qu'il y a une multitude d'initiatives qui existent déjà depuis un certain temps et que tout le travail que nous aurons à faire est de savoir comment l'on intègre ce foisonnement dans ce que nous avons à faire, c'est-à-dire une politique régionale de santé.

Je développerai quatre points en termes d'orientations. Le cinquième point, qui porte davantage sur les aspects très opérationnels, y compris financiers, sera présenté par Lazare Reyes.

Je ne représente pas ici toutes les agences régionales de santé de France, mais dans chacune des ARS, nous sommes, je pense, dans une optique où les aspects de santé mentale font partie de ce que nous développons, notamment dans le cadre d'une obligation qui nous est échue par la loi, le Projet Régional de Santé (PRS). Sur ce sujet, certaines agences ont beaucoup plus avancé que l'ARS d'Île-de-France. Pour un certain nombre de raisons, notamment la complexité du volet hospitalier, l'Île-de-France mettra un peu plus de temps pour élaborer ce PRS. Mais nous avons déjà franchi un certain nombre d'étapes et dans celles que nous avons franchies ou que nous sommes en train de franchir, nous prenons assez fortement en considération les aspects de santé mentale et à l'intérieur de ces aspects, la notion de Conseil local de santé mentale intervient à chaque fois. Claude Évin a arrêté le plan stratégique pour l'ARS d'Île-

de-France. Il y est clairement dit que nous souhaitons développer les Conseils locaux de santé mentale. Nous sommes donc en pleine adéquation avec vous, y compris avec la Cour des comptes, ce qui nous fait très plaisir, en tant qu'ARS. Nous l'indiquons donc sur le plan stratégique, mais nous allons le marquer dans les schémas. Dans le projet régional de santé, il y a le plan stratégique et trois schémas. Dans le cadre du schéma sur l'organisation des soins et notamment, sur la psychiatrie, les liens avec les Conseils locaux de santé mentale seront identifiés. Mais nous avons aussi identifié une priorité de développement parmi trois dans le schéma régional de prévention, celle de la santé mentale, dans laquelle nous ferons un focus particulier sur les Conseils locaux de santé mentale. Nous allons donc intégrer dans notre processus l'aspect du développement des Conseils locaux de santé mentale. Par ailleurs, nous avons un rendez-vous important, le 14 février, puisque nous organisons un forum sur la santé mentale, dont une partie sera focalisée sur les aspects de prévention, de promotion de la santé mentale. Ce sera pour nous un lieu important pour réfléchir à la manière d'opérationnaliser ce que nous avons intégré dans les différents schémas sur le sujet.

Le deuxième point également permet d'expliquer pourquoi, à l'ARS d'Île-de-France, les Conseils locaux de santé mentale sont un élément important : de toute façon, nous avons une réalité régionale sur le sujet. Sur près de cinquante Conseils locaux de santé mentale au niveau national, il y en a près d'une vingtaine en Île-de-France, voire même un peu plus, en comptant ceux qui sont déjà stabilisés et ceux qui sont en cours de développement. C'est un peu comme ce qui se passe pour les Ateliers Santé Ville : en Île-de-France, il y a une tradition qui existe, même si certains Conseils locaux de santé mentale sont relativement jeunes. Il y a déjà une imprégnation de cette idée dans notre région, qui fait que cela correspond à une réalité régionale, que nous souhaitons au moins soutenir, accompagner et pérenniser et, mieux encore, développer – vous verrez comment.

J'insisterai un peu sur le troisième point, parce qu'à mon sens, c'est un élément de complexité. Nous devons réfléchir à la manière de le traiter. Vous avez souligné qu'il y avait des Conseils locaux de santé mentale et que ceux-ci étaient souvent liés aux dynamiques des politiques de la ville – notamment à travers le soutien de l'Acsé – et aux Ateliers Santé Ville. Nous avons beaucoup d'Ateliers Santé Ville en Île-de-France, pour un certain nombre de raisons historiques. Par ailleurs, nous développons de façon forte les Contrats Locaux de Santé. Je pense que cela peut être un élément de richesse, mais il ne faut pas que ce soit un élément de cacophonie. Nous devons trouver le moyen d'intégrer le mieux possible

ces trois dynamiques que sont les Contrats Locaux de Santé, les Ateliers Santé Ville et les Conseils locaux de santé mentale pour faire en sorte que ces trois initiatives tirent de la même façon du point de vue des liens entre une politique et les aspects de démocratie sanitaire et de citoyenneté. Ces trois dynamiques me semblent complémentaires, mais elles ont chacune un focus différent : l'aspect spécifique de la santé mentale pour les Conseils locaux de santé mentale, le lien entre la santé et la politique d'une ville pour les Ateliers Santé Ville et pour les Contrats Locaux de Santé, le lien entre la santé au niveau local et une politique régionale de santé. Ces éléments, à mon avis, n'ont pas encore été suffisamment investigués, y compris au niveau national – je ne me lasse pas de le dire – et il faudrait que nous ayons plus d'éléments nous permettant de voir comment ces trois concepts vont être intégrés, d'autant plus que les ingrédients sont un peu les mêmes.

Vous avez beaucoup discuté de ce qui était nécessaire pour qu'un Conseil local de santé mentale fonctionne. Il faut une implication des élus, il faut une cheville ouvrière, comme me l'ont dit hier des personnes de l'Unafam – et je trouve que c'est une très belle idée –, c'est-à-dire des gens qui le portent. Il faut une implication de l'ensemble des éléments qui vont constituer cette dynamique : les citoyens, les associations, notamment les associations de patients, les professionnels de santé, différents selon les thématiques. Et il faut ce portage très fort de l'élu. Par ailleurs, j'insiste, parce que c'est mon rôle, sur le fait qu'il faut un référentiel, un référentiel qui ne soit pas un carcan. On observe de grandes disparités dans la façon dont sont montés les Conseils locaux de santé mentale actuellement, mais à un moment donné, il faudra bien que nous nous entendions sur ce qu'est un Conseil local de santé mentale. À cet égard, le travail que fait le CCOMS est important, mais il faut que nous l'intégrions, y compris dans nos pratiques. Nous devons parvenir à nous mettre d'accord sur ce qu'est un Conseil local de santé mentale, tout en considérant les diversités qu'il peut y avoir autour de ce concept.

Enfin, le dernier point qui me semble important est lié à ce que je viens de dire. Je reprends le propos de Jean-Luc Roelandt, qui a été très vite sur la dixième recommandation, le soutien à la recherche. Le CCOMS, à mon avis, est très bien placé pour le faire, puisqu'il a déjà travaillé sur ce sujet. Je pense que ce concept de Conseil local de santé mentale nécessite absolument de développer la recherche – je me tourne là vers le niveau européen et vers le niveau national, mais nous, nous essaierons de faire ce que nous pouvons sur ce sujet. Et il faut la développer sur trois axes.

Premier axe : sachant que le Conseil local de santé mentale est un exem-

ple type d'une politique publique locale et de ses liens avec la démocratie sanitaire, je trouverais très intéressant que l'on puisse développer des éléments sur la manière dont s'implante, se met en place une politique de ce type, portée notamment par l'élu local, mais avec le soutien d'un certain nombre de forces au niveau local.

Deuxièmement, c'est aussi une pratique d'intervention, en particulier autour de cas difficiles, qui se présentent assez régulièrement. Il me semble important de mener également une recherche sur des pratiques d'intervention de ce type. En France, nous ne sommes pas très bons pour ce style d'exercice.

Enfin, le troisième axe nous importe spécialement, en tant qu'agence régionale de santé : il faut aussi avoir des éléments de recherche en tant que pratiques d'intervention efficaces. Je suis assez persuadé, à travers ce que j'ai entendu de la part de Jean-Luc Roelandt mais aussi de toutes les personnes qui travaillent autour de ce sujet, puisque vous en donnez des exemples précis, que le Conseil local de santé mentale est un dispositif qui permet de prévenir un certain nombre de problèmes d'hospitalisation, de complications, d'interventions multiples des professionnels. On le constate sur d'autres sujets : il est profondément important de développer des études médico-économiques sur la question, c'est-à-dire de prouver, de montrer que ce dispositif permet de remodeler le système de santé. J'appelle vraiment de mes vœux ce type de recherche.

Je laisse maintenant à Lazare Reyes le soin de présenter le cinquième point, qui est de loin le plus important, parce que c'est celui que vous attendez : c'est lui qui a les sous...

«• Lazare Reyes, référent psychiatrie, ARS d'Île-de-France

Ce dernier point porte sur ce que nous allons faire en 2012, à savoir soutenir une dizaine ou une quinzaine de projets de Conseils locaux de santé mentale. Nous utiliserons une modalité assez classique de la part d'autorités de tutelle, l'appel à projets. Nous allons donc lancer un appel à projets et ceux qui y répondront devront le faire conjointement, aussi bien avec les secteurs que de la ou des collectivité(s) locale(s) impliqués. Je rappelle qu'en Île-de-France, nous avons un peu moins de 150 secteurs de psychiatrie générale, une cinquantaine de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 1301 communes, si les informations d'un célèbre moteur de recherche sont exactes... Ce premier aspect est très important : la réponse doit être conjointe et impliquer, du côté de la psychiatrie, la totalité des composantes, c'est-à-dire la psychiatrie adulte, mais aussi la psychiatrie infanto-juvénile.

Qu'apporterons-nous à ces candidats ? Nous proposons d'apporter deux choses. Il s'agit tout d'abord, pour ceux qui le souhaitent – c'est facultatif –, en lien avec le centre collaborateur de l'OMS, de financer l'enquête « santé mentale en population générale », qui a déjà été conduite dans quatre arrondissements parisiens et six communes franciliennes. Pour nous, cela s'inscrirait dans les actions de la politique de prévention de l'agence régionale de santé. Le deuxième aspect sur lequel nous interviendrons, après avoir eu de longues discussions avec Pauline Rhenter sur ce qui serait la meilleure modalité, sera notre participation au financement du poste de coordinateur. Ce n'est pas simple, parce que participer au financement signifie, pour l'agence régionale de santé, mobiliser des crédits sanitaires, donc, des crédits hospitaliers, et nous sommes un peu réticents à trop ancrer ce poste de coordinateur dans la dimension hospitalière. Nous souhaitons que les collectivités locales répondent présent et cofinancent avec nous, de manière à ce que nous puissions étendre les compétences. Sachant qu'il faut éviter d'empiler les dispositifs, nous aurions là un coordinateur qui répondrait à plusieurs structures et à plusieurs modalités d'intervention.

Nous sommes en phase de rédaction du cahier des charges de l'appel à candidatures, avec l'appui massif du centre collaborateur de l'OMS. Il devrait paraître en septembre.

Pour conclure, nous pouvons aussi vous proposer, de manière un peu moins glacée, ce que serait la devise des Conseils locaux de santé mentale. Elle n'est pas issue d'un membre de l'agence régionale de santé. Elle nous est suggérée par Henri Michaux, dans un texte qui s'appelle *Face aux verrous*, où il a cette phrase magnifique : « *qui cache son fou, meurt sans voix* ». Il ne s'agit pas, évidemment, des seules voix électorales...

« • Laurent El Ghozi

Merci. J'insiste sur trois points qui me paraissent absolument fondamentaux : la nécessité d'un référentiel, mais qui soit souple, la recherche, à laquelle ESPT et tous les élus concernés souhaitent participer et l'intégration des trois dynamiques de l'ASV, du CLS et du CLSM. Comment fabriquer cela ? Nous sommes à l'aube de quelque chose et pour le moment, ce n'est pas stabilisé. Nous devons y travailler.

Par ailleurs, je voudrais poser une question à Lazare Reyes : pour les villes qui n'ont pas attendu l'agence et qui ont déjà mené l'enquête « santé mentale en population générale », qui ont déjà mis en place un Conseil local de santé mentale, qui ont déjà embauché un psychologue chargé de l'animer et qui ne pourront pas répondre à l'appel à projets parce qu'ils sont déjà bien au-delà du projet, que fait-on ?

«• **Lazare Reyes**

C'est exactement la question que nous évoquions en aparté pendant que vous interveniez : est-ce que nous intégrons les projets déjà réalisés. Pour répondre de manière diplomatique, la question n'est pas tranchée.

«• **Laurent El Ghozi**

Nous allons peser pour qu'elle soit tranchée dans le bon sens.

«• **Laurent Chambaud**

De toute façon, nous apporterons un accompagnement, puisque c'est dans l'optique de ce que nous souhaitons faire. J'insiste sur le fait que ce qui nous paraît important, y compris sur le plan financier, c'est d'accompagner l'ensemble des démarches. Et il y a là peut-être des modalités permettant, même dans des villes où les Contrats Locaux de Santé et les Ateliers Santé Ville sont bien plus avancés que d'autres, de tenir compte de ce qui a été fait, mais d'accompagner aussi la dynamique de ces villes qui sont déjà engagées, que ce soit dans les Contrats Locaux de Santé, dans les Conseils locaux de santé mentale ou dans les Ateliers Santé Ville.

«• **Laurent El Ghozi**

Nous sommes rassurés.

«• **Françoise Gaunet-Escarra**

Les Contrats Locaux de Santé n'ont pas encore évolué à un point où ils puissent intégrer des CLSMS. Il faut que nous le sachions et que nous le répétions.

«• **Laurent El Ghozi**

C'est effectivement l'un des objectifs.

Nous allons continuer avec le niveau local. Comment cela s'est-il passé à Bondy ?

Au niveau local : l'intégration de la santé mentale dans les Contrats Locaux de Santé, l'expérience de Bondy

«• **Patrick Chaltiel**, psychiatre, chef de pôle, Bondy

Je me présente, en tant que local. Quand on me demande, dans les salons, si je suis un psychiatre psychanalyste ou comportementaliste – ce qui, en gros, signifie : êtes-vous de droite ou de gauche ? –, je réponds toujours : je suis un psychiatre optimiste, c'est-à-dire un psychiatre de secteur, utopiste.

J'avais l'intention de vous parler de la mise en place assez progressive du Conseil local de santé mentale de Bondy, qui n'est pas encore réalisée. Il est toujours en gestation, mais nous nous approchons du but. Finalement, je vais faire quelque chose de politiquement peu correct, c'est-à-dire un petit commentaire sur les quatre mois de mise à l'épreuve de la loi du 5 juillet. Mais j'en dirai juste quelques mots en conclusion, gentiment.

Mark Twain disait : *« il n'y a rien de plus triste qu'un jeune pessimiste, si ce n'est un vieil opportuniste »*. Je me définirais néanmoins comme un vieil opportuniste. J'essaie de voir comment, dans un contexte local, départemental et national, on peut avancer vers plus de démocratie sanitaire. En particulier, le CLSM, à mon sens, ne doit pas être une forme de lobbying, mais doit vraiment être de la démocratie sanitaire ascendante. Je suis donc soucieux de faire entrer ces CLSM dans quelque chose qui soit politique inscrit. Actuellement, nous avons une très grande liberté pour les construire, puisqu'il n'y a pas de référentiel. Lorsqu'il y en aura un, il y aura peut-être un peu moins de liberté, mais mon expérience de la psychiatrie de secteur m'a montré que le manque de référentiel ou la bride sur le cou donnaient des disparités nationales qui avaient beaucoup desservi la politique de secteur. Je pense donc qu'il est nécessaire que les Conseils locaux de santé mentale aient un certain nombre de missions définies.

Quand je dis que je suis opportuniste, c'est parce qu'à Bondy, cela fait des années que l'on parle du Conseil local de santé mentale avec les municipalités successives. Mais à Ville-Évrard, nous avons été pris dans quelques soucis institutionnels qui ont beaucoup paralysé les choses dans la période récente. Nous sommes actuellement en train d'en sortir. Lorsque l'ARS a proposé ces Contrats Locaux de Santé, j'y ai vu l'occasion d'inscrire le Conseil local de santé mentale dans le cadre de quelque chose qui serait une implication de l'agence régionale de santé. Nous avons donc établi une fiche d'actions qui s'appelle : « vers une politique de concertation locale en santé mentale », dans le cadre des Contrats Locaux de Santé proposés par l'ARS.

Cette fiche d'action a trois étages, dont deux existent déjà depuis fort longtemps. Le premier étage, ce sont les groupes d'usagers et les groupes de familles. Les usagers et les familles rencontrent encore trop peu les équipes soignantes et les politiques. Sur le secteur de Bondy, nous avons un certain nombre de groupes d'usagers et de groupes de familles que nous essayons de mener conjointement, avec des bénévoles de l'Unafam et parfois, certains élus qui acceptent de se confronter à ces groupes. Le deuxième étage est constitué de ce que j'ai appelé le « groupe interface ». C'est une petite création personnelle. C'est un groupe que nous avons mis en place depuis 1998, qui a donc duré dans le temps. Il a pour thème la souffrance psychique et les situations de détresse psycho-sociale. Le sujet est donc assez large et ne concerne pas uniquement la psychiatrie. Le groupe se rencontre lors de réunions mensuelles pluridisciplinaires. C'est un groupe ouvert visant à la mise en place d'une réflexion partagée entre professionnels de différents champs et d'une pragmatique du partenariat médico-social. Les principes de fonctionnement en interface sont les suivants :

- *il n'est pas de spécialiste de la détresse psycho-sociale ;*
- *toute situation de détresse doit être accueillie là où elle se présente – urgences, commissariat, services sociaux, associations – et non éconduite ou réorientée. Le concept d'accueil ne se limite pas au sourire et à la poignée de main, mais au fait de laisser entendre à la personne qu'elle a frappé à la bonne porte et non à la mauvaise, comme on le lui dit d'habitude ;*
- *un partenariat actif sera recherché en présence de la personne concernée avec un professionnel d'un autre champ, afin d'éviter les impasses, l'épuisement professionnel et les processus d'auto-exclusion conduisant à l'abandon – processus qu'a bien décrit Jean Furtos. Ces partenariats ne sauraient se soumettre à obligation de résultat, mais à obligation de moyens dans la durée, nulle situation de détresse psycho-sociale ne devant conduire au renoncement et à l'abandon faute de résultat. C'est un concept très important, parce que nous sommes dans une culture du résultat, actuellement, et que lorsque les gens n'ont pas de résultat au bout de trois mois, ils ont tendance à jeter l'éponge ou à tenter de jouer à la « patate chaude » et de passer la main.*

Je souhaiterais développer ce groupe interface avec d'autres professionnels. Actuellement, ce sont des partenaires de tous ordres le fréquentent, notamment des travailleurs sociaux. En particulier, quand il en arrive de nouveaux dans la commune, ils viennent à l'interface parce qu'ils savent qu'ils vont rencontrer des gens d'horizons divers. Une séance sur deux se

passer sur un thème et l'autre, sur un cas. Chaque participant, à tour de rôle, quel qu'il soit, est censé amener à un moment une situation spécialement lourde, complexe, embarrassante. Il s'agit de mettre en place *in situ*, au sein même de la réunion, des modalités partenariales qui permettent d'étudier et de suivre ces situations. Bien sûr, toutes les situations ne sont pas traitées à l'interface, mais celle-ci a une fonction d'exemplarité dans la construction immédiate et concrète de partenariats.

Le Conseil local de santé mentale est un échelon supplémentaire qui est mené par l' élu et qui vise à reprendre et à prioriser les questions qui sont débattues à la fois dans les groupes d'usagers et dans les groupes interface. C'est une proposition de concertation locale à trois niveaux – usagers, professionnels, inter-professionnalité et articulation avec les contrats locaux et la ville – qui permettra, à mon avis, de progresser dans le champ de la dé-stigmatisation, en particulier, et de faire entendre à la population, comme on le fait tous les jours en pratique de secteur, que le problème de la maladie mentale n'est pas dangerosité, mais la vulnérabilité et la précarité pour 90 % des malades.

Un petit mot de conclusion sur la loi. Pourquoi faire des Conseils locaux de santé mentale ? En particulier pour lutter contre ce genre d' aberration. Cette loi nous apprend, à nous, les artisans de la psychiatrie de secteur, que nous n'avons pas d'autre choix que d'aller au bout de notre plein engagement, qui est clinique et politique. Une telle loi, dont nous sommes les récipiendaires – que je ne vais pas décrire, c'est un oxymore, un effet de la gouvernance – et à la construction de laquelle nous n'avons pas été associés, doit nous conduire à reprendre notre bâton de pèlerin et à bâtir avec nos élus, commune par commune, les Conseils locaux de santé mentale. C'est commune par commune que se gagnera ou pas la survie du secteur en tant que dispositif de droit national. Ce sera alors à l'Union représentative des conseils locaux de faire des propositions législatives issues de la réalité du quotidien, et non pas des sursauts démagogiques de la dramaturgie politico-médiatique.

S'agissant de l'actualité de la mise en œuvre de la loi, je vous rappelle que la psychiatrie de secteur s'est construite sur la base suivante : l'abandon, jamais ; la contrainte par exception. La généralisation du sans consentement à l'ensemble des soins psychiatriques constitue une règle implicite facilitant le recours à la contrainte en toute situation. Le soin psychiatrique est désormais un soin sous contrôle médico-judiciaire dont les familles sont les exécutants. Tout l'art du tissage relationnel permettant de ramener un patient délirant en rupture de soins vers la reprise d'un suivi et d'un traitement, dans l'humanité et la confiance, est désormais une perte de temps improductive et obsolète. Il n'y a qu'à tout simplement

appliquer la loi, la question de son applicabilité n'étant pas à débattre, puisqu'elle a été votée.

Pour l'instant, le résultat, sur notre département, est que nous sommes amenés, du fait de l'absence de moyens de mise en œuvre, en particulier du volet judiciaire de la loi, à pratiquer la *faena tauromachique*, c'est-à-dire l'art de l'évitement. Bien sûr, nous ne pouvons en rester là puisque nous-mêmes avons appelé de nos vœux la judiciarisation. Mais les conditions de la mise en œuvre de cette judiciarisation sont ubuesques et surréalistes. Je tiens à pousser ce petit « coup de gueule », même si ce n'est pas politiquement correct.

J'en resterai là.

«• *Laurent El Ghozi*

Merci d'avoir fait entendre la voix d'un professionnel de la psychiatrie confronté aux difficultés d'application de la loi, même si Élus, Santé Publique & Territoires avait également appelé à la judiciarisation du soin sous contrainte. Il faut que derrière, il y ait les moyens, l'organisation...

«• *Patrick Chaltiel*

Et une formation, j'imagine.

«• *Laurent El Ghozi*

Je propose que nous prenions cinq petites minutes de questions sur ce qui a déjà été dit, parce que c'est déjà très riche, mais que nous en restions sur la question des Conseils locaux de santé mentale.

«• *Michel Triantafyllou, médecin-chef du secteur de Nanterre*

Nous animons un conseil constitué avec la mairie de Nanterre depuis trois ans, avec une psychologue. Je voudrais intervenir essentiellement sur la question des référentiels, parce qu'il y a quelque chose qui m'inquiète beaucoup. Le concept de Conseil local de santé mentale dont beaucoup, ici, savent que je suis un fervent partisan, parce qu'à Nanterre, le secteur de psychiatrie le co-anime avec la ville, me semble être en danger s'il n'intègre pas la loi du 5 juillet 2011. Sinon, nous risquons de créer quelque chose de totalement hors de cette réalité qui se pose et qui est dramatique. À titre d'exemple, je vais vous lire le dernier projet de décret sur la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Il nous a été adressé au syndicat pour avis. À l'article R.3222-11, il est précisé que : les conventions précisent les modalités des échanges

d'information entre les secteurs et les professionnels du social et du médico-social. Avant l'établissement du programme de soins, le psychiatre prenant en charge le patient doit informer les professionnels sociaux et médico-sociaux intervenant dans la réinsertion de toute modification de la prise en charge du patient, de ses difficultés et de ses besoins, et il doit indiquer les caractéristiques du patient – oui, les caractéristiques du patient! –, les spécificités de ce patient, etc.

Je pense que nous ne pouvons pas construire les Conseils locaux de santé mentale de deuxième génération, puisque nous avons des référentiels, si nous n'intégrons pas une réflexion que pour ma part, je veux citoyenne et engagée, sur l'application de cette loi, qui, même si elle a des ouvertures positives avec la judiciarisation, à laquelle nous étions favorables, pose d'autres problèmes incommensurables. Quoi que l'on en dise, c'est une logique de contrôle social, et si nous n'intégrons pas cette réflexion, nous risquons d'avoir un Conseil local de santé mentale «light» et une autre partie de la psychiatrie, la partie dure, qui échappera à tout cela.

«• **Laurent El Ghozi**

J'entends bien ce que tu dis, Michel. Nous sommes à l'aube de nombreuses réformes, en particulier d'une nouvelle loi sur la santé mentale – en tout cas, nous l'espérons tous –, dans lesquelles il faudra en effet essayer d'articuler tout cela.

«• **Pauline Rhenter**, *chercheuse politologue*

Je voudrais vous livrer ma position personnelle, non au titre du CCOMS, mais qui est nourrie du travail que j'y ai accompli pendant trois ans. Je pense d'abord que l'on ne peut pas raisonnablement refuser l'idée d'une évaluation des CLSM, qui me paraît une condition de leur pérennisation.

«• **Laurent El Ghozi**

Il faut même l'exiger...

«• **Pauline Rhenter**

Il vaut mieux y participer, se battre pour que les critères d'évaluation correspondent à la réalité des efforts qui sont menés dans les différents territoires. Pour bien connaître le sujet, je peux dire qu'il y a des territoires dans lesquels il y a de faux CLSM et dans d'autres, de vrais CLSM, en termes d'actions concrètes qui émanent de cette instance, en termes d'équilibre des pouvoirs entre les usagers, les professionnels et les

élus. Il faut prendre part au jeu, sinon, ce serait se tirer une balle dans le pied. C'est ma position personnelle.

Par ailleurs, à propos de la remarque de Monsieur Triantafyllou sur le contrôle social, je voudrais dire que la psychiatrie, depuis qu'elle est née, a un mandat social. Elle n'a jamais cessé, comme d'autres acteurs, d'avoir un mandat social. Ce n'est pas nouveau. Certes, il y a une inflation législative, depuis quelques années, qui impacte l'exercice de la psychiatrie sur le versant de la représentation dangereuse des populations et des personnes concernées. Mais cette question n'est pas nouvelle et je pense que justement, le Conseil local de santé mentale est un espace où l'on peut travailler ces questions d'échange d'informations. Cela ne date pas de la loi du 5 juillet. Cela fait des années que la question se pose, que l'ORS-PERE travaille sur la question du secret partagé et que toutes les petites cellules de coordination, sans parler des instances de concertation générale, se penchent sur le sujet. Prenons acte des expériences qui existent sur l'échange d'informations sans nous braquer, sinon nous retombons dans le cloisonnement entre le monde sanitaire et social et nous ne faisons absolument rien avancer pour les populations concernées. Je trouve dommage de revenir toujours sur cette question, alors que le conseil local est un espace où l'on peut confronter différentes manières d'envisager les choses. Il y a un constat qui traverse toutes les expériences : le conseil local est un espace où l'on peut assumer la conflictualité des points de vue. C'est précisément ce qui manque, au niveau local. Un conseil local où l'on ne se bat pas, où tout le monde est d'accord, où tout est consensuel, est un mauvais conseil local. Si c'est le cas, c'est qu'il y a un problème de genèse, de fonctionnement, de répartition des pouvoirs.

«• *Laurent El Ghozi*

Manifestement, la question des conseils locaux n'est pas si simple. C'est politiquement incorrect et il faut être un peu fou pour les monter. Il n'empêche que c'est le seul endroit où il peut y avoir expression de cette conflictualité, débat, échange et donc, la possibilité d'avancer ensemble. Sinon, on ne fait rien.

«• *Laurent Chambaud*

Nous, nous allons intégrer une dimension d'évaluation dans ce que nous allons faire. Mais cela ne résume pas ce que j'ai dit tout à l'heure. Il y a à la fois l'évaluation des projets de Conseils locaux de santé mentale, mais une dimension de recherche doit aussi être mise en place, qui doit avoir une véritable assise, y compris au niveau national. C'est la raison pour laquelle j'interpellais aussi le niveau national, voire européen, sur le

sujet. Il me semble important de la développer à plusieurs niveaux : pas uniquement en termes de politiques publiques locales, mais aussi sur les deux niveaux que j'ai identifiés.

«• **Hélène Mauduit, journaliste, agence de presse médicale**

Je voudrais poser une question aux représentants de l'ARS. Vous avez évoqué la démarche de l'ARS d'Île-de-France. Est-ce qu'à votre connaissance, d'autres ARS entreprennent aussi cette démarche de lancer des appels à projets ? Le sujet a-t-il été discuté entre ARS ?

Par ailleurs, vous avez parlé de crédits sanitaires. Pourquoi pas des crédits médico-sociaux ? Il n'y a pas de raison !

«• **Laurent Chambaud**

Nous ne disposons pas d'éléments sur ce que font les autres ARS sur le sujet. Mais ce que vous dites nous oblige, en quelque sorte, à nous renseigner pour voir comment font les autres agences. Mais on retrouve les aspects de santé mentale dans pratiquement toutes les ARS comme une priorité. En revanche, l'implication dans le développement des Conseils locaux de santé mentale sera probablement différente selon la pratique déjà existante. Ce que nous, nous pouvons nous engager à faire, c'est de publiciser la démarche que nous allons suivre à l'ARS d'Île-de-France auprès des autres agences.

S'agissant des crédits médico-sociaux, je vous livre une première réponse, mais Lazare Reyes pourra peut-être la compléter. Votre remarque pose la question de la transversalité dans les agences. Nous nous y efforçons. Sur ce point, nous allons déjà essayer de faire en sorte que les crédits de prévention et les crédits sur l'aspect hospitalier puissent se potentialiser. Nous aurions aussi pu y associer des crédits du médico-social et nous n'y sommes pas opposés, loin de là. Ceci renvoie à quelque chose qui est en train de se mettre en place, dans les agences, à savoir la capacité financière de la transversalité, notamment par ce qu'a prévu le PLFSS de 2012, c'est-à-dire la mise en place d'un fonds d'intervention régional. C'est vrai autant pour l'animation des Contrats Locaux de Santé que pour les Conseils locaux de santé mentale. Il me paraîtrait très intéressant que nous puissions avoir une modalité commune de financement de ces structures, notamment pour les aspects d'animation, à travers le fonds d'intervention régional. Le problème est que ce dernier, en tout cas pour l'année 2012, sera extraordinairement contraint et que nous ne pourrions pas développer ce genre de choses. Mais peut-être pourrions-nous avancer sur ce sujet en 2013.

«• **Gérard Milleret**, *centre hospitalier de La Chartreuse, Dijon*

Je souscris complètement à ce qui a été dit dans les différentes interventions. En revanche, notre conseil local, qui est un conseil local pour les jeunes, puisque Claude Darciaux, la présidente, l'a inauguré au mois de mai dernier. Il y a un acteur important que l'on oublie souvent : le médecin généraliste. Nous menons actuellement une enquête, avec le Centre collaborateur de l'OMS et nous nous apercevons qu'il y a de sérieux problèmes de coordination, d'information, de formation. Les saisies sont encore un peu prématurées pour que l'on puisse vraiment en parler. Nous avons surtout travaillé sur la Bourgogne. Mais pour ces acteurs, il n'est pas facile de venir aux réunions en pleine journée. Nous arrivons, en soirée, à organiser des enseignements postuniversitaires, mais c'est loin d'être simple, parce qu'ils sont confrontés à ces difficultés avec plus d'un tiers de leur clientèle et qu'ils sont très démunis. Il ne faut pas les oublier.

«• **Patrick Chaltiel**

Les généralistes me paraissent extrêmement importants, et nous aurons probablement besoin d'un financement pour les faire venir.

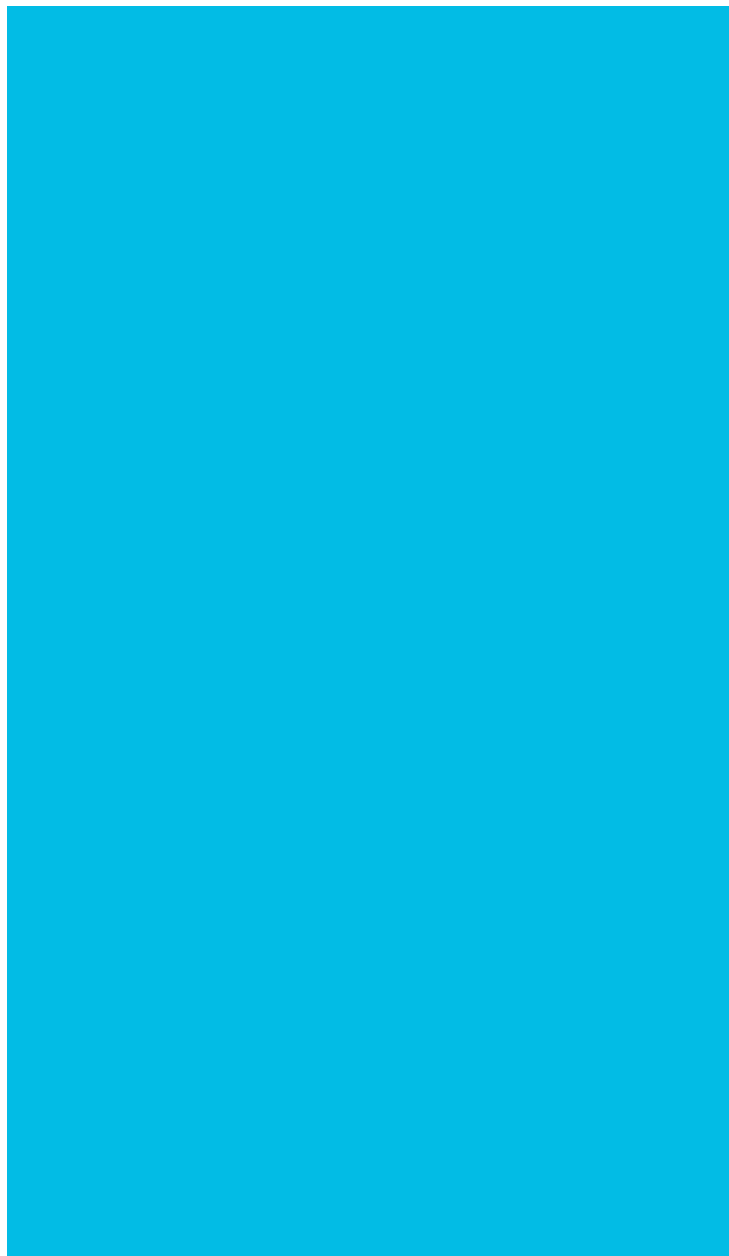
Par ailleurs, pour répondre à Pauline, oui, la psychiatrie a des missions sociales. Non, elle ne doit pas être instrumentalisée. En particulier, puisque Pauline parlait de vrais et de faux Conseils locaux de santé mentale, je pense que tout ce qui tire du côté de ce que l'on appelle actuellement « santé mentale positive » – nous allons peut-être nous disputer à ce sujet – me paraît une dérive. Dès lors que le Conseil local de santé mentale se préoccupe du bien-être et du bonheur, à mon avis, il déraile et cela n'a plus aucun intérêt.

«• **Françoise Gaunet-Escarra**

À propos de la possibilité des liens entre le sanitaire et le médico-social, je voudrais citer une expérience : la création d'une plateforme médico-sociale pour les généralistes dans deux arrondissements de notre ville, financée actuellement par un conseil général et la ville de Marseille. Mais ce sont des situations qui doivent être glissantes et maintenant être plus ou moins renvoyées sur les ARS.

«• **Laurent El Ghazi**

Merci. Nous arrêtons cette table ronde avec une demi-heure de retard.



// **Table ronde :** La mise en place d'un conseil local

«• **Pauline Rhenter**, *chargée de mission, équipe de recherche* : « *Un chez-soi d'abord* », EPSM, Lille

Si cela ne vous ennuie pas, Madame Finkelstein, je vais tout de suite donner la parole à Julie Le Goïc, parce qu'elle a un train plus tôt que prévu.

Nous avons imaginé une série de questions identiques à poser à différents acteurs. Je les reformule un peu.

Nous cherchons à savoir, du point de vue des usagers, du point de vue des familles, du point de vue de l' élu local et du point de vue du psychiatre, quel est le contexte favorable à la création d'un Conseil local de santé mentale, comment vous évaluez les besoins, au début, quand l'idée est acquise de créer cette instance de concertation et enfin, comment garantir un équilibre en termes de participation entre les différents acteurs. Nous avons réuni dans cette table ronde divers acteurs sans lesquels aucun conseil local ne peut se mettre en place initialement. Il y manque tous les autres acteurs qui permettent qu'un conseil local débouche sur des actions transversales, concrètes, préventives..., qui sont axés autant sur la prévention et l'accès aux soins que sur la citoyenneté et la réinsertion. Comment mobiliser tous ces autres acteurs du logement, de l'action sociale, de la culture, etc.?

Je pose ces questions à Julie Le Goïc, parce que je sais que le conseil local de Brest est présidé par plusieurs élus.

- **L' élu(e) local(e)**

«• **Julie Le Goïc**, *maire-adjointe déléguée à la santé, Brest*

Je commencerai par les éléments qui favorisent l'émergence d'un Conseil local de santé mentale. À Brest, nous avons une convergence de plusieurs éléments qui facilitaient clairement la mise en place du conseil local. D'abord, la municipalité avait une délégation à la santé depuis plusieurs mandats, donc une implication, une visibilité sur la ville, une légitimité à agir qui étaient reconnues et qui permettaient de lancer cette idée sans qu'elle perturbe le milieu psychiatrique, qui est parfois un peu fermé. Deuxième élément majeur, nous avons, dans le service de la santé, un médecin – Patricia Saraux, qui est là et qui interviendra cet après-midi – qui a été une impulsion formidable pour créer ce Conseil local de santé mentale. En effet, lorsqu'il y a un outil, il faut que quelqu'un qui le connaît le propose et le mette en valeur auprès de son

élu ou des partenaires. À Brest, c'est Patricia Saraux qui a fait cela pour nous. Nous avions aussi un CHU en pleine restructuration et certains secteurs avaient la volonté de s'ouvrir sur la ville, de fermer des lits pour faire des visites à domicile. Ils avaient envie de travailler avec des partenaires et ne voulaient plus rester entre soi à Bohars, qui est la ville de l'agglomération où l'hôpital est décentré, comme c'est souvent le cas pour les hôpitaux psychiatriques. Un autre élément favorable est le fourmillement d'associations au sein de l'hôpital : chaque secteur a son association. Les soignants, les patients sont très moteurs d'actions sur la ville, d'actions de culture, de navigation... Il y avait un terreau très propice pour que les gens travaillent ensemble, puisqu'ils se connaissaient déjà par le biais des subventions et des discussions. Nous avions aussi des groupements d'entraide mutuelle, des GEM, qui permettent aux usagers de s'exprimer, d'avoir une vie associative propre, avec une volonté émancipatrice très forte.

Tous ces éléments ont fait que lorsque je suis arrivée au mandat, en 2008, les choses étaient déjà engagées. La première semaine de mon mandat, Brest était en train de faire son enquête en population générale. La dynamique était déjà enclenchée. Il ne faut pas vouloir aller trop vite. Cela prend du temps. Sur d'autres outils comme l'Atelier Santé Ville, nous avons voulu aller trop vite et nous l'avons raté. Ce sont des éléments qu'il faut construire et qui prennent du temps à émerger.

S'agissant des besoins, nous les avons évalués par l'étude en population générale, qui a montré qu'à Brest, comme nous le sentions clairement, il y avait des besoins très forts en santé mentale. Nous avons une population qui, globalement, ne va pas bien. Nous détenons des records en matière de cancer, en matière d'alcoolisme et en matière de santé mentale.

Pour l'organisation, nous avons un Cucs, dont le volet santé est l'Atelier Santé Ville. L'un des cinq axes de celui-ci est le Conseil local de santé mentale. L'élu à la santé en est le référent. Mais nous avons fait tout de suite le choix, parce que nous avons identifié les freins à l'action collective, d'impliquer d'autres élus que celui de la santé dans le Conseil local de santé mentale : les élus à la tranquillité, au handicap, au logement et à l'action sociale participent avec moi au pilotage du Conseil local de santé mentale, dans l'idée de montrer une volonté politique forte de la ville et de débloquer les freins en interne, puisqu'il y en a toujours, dans les administrations. Pour bien mobiliser le CHU, nous sommes allés présenter le Conseil local de santé mentale au comité d'établissement de Bohars afin de les convaincre qu'il ne s'agissait pas de belles paroles, que nous avions impliqué de nombreux élus et donc, convoqué beaucoup de moyens pour que cela fonctionne, que ce n'était pas de l'affichage et qu'il

y avait une vraie volonté politique.

Avec ces cinq élus, nous avons choisi de travailler par commissions. Nous en avons quatre, aujourd'hui.

La commission d'observation a réalisé l'étude en population générale et qui a produit un memento téléphonique avec toutes les adresses.

La commission de formation est très active. Elle a mis sur pied une formation, déjà dispensée l'année dernière et qui vient de redémarrer, imaginée par les partenaires du Conseil local de santé mentale. Les partenaires rencontraient un énorme frein : la méconnaissance de l'autre ; la méconnaissance de l'autre institution, celle après qui l'on crie au téléphone parce qu'elle n'a pas fait ce que l'on attendait qu'elle fasse, celle après qui l'on râle en réunion d'équipe – « c'est encore le CCAS qui ne nous a pas prévenus ! » – ou le CCAS qui nous dit : « encore un retour à domicile sans que le CHU nous ait prévenus ! »... Il y avait donc un besoin de connaître l'autre, au moins pour apaiser la situation, et il y avait également besoin d'un niveau commun théorique, ne serait-ce que pour utiliser les mêmes mots. Quand on échange au téléphone pour parler d'un cas, si l'on n'utilise pas les mêmes mots, cela complique nettement les dossiers. La formation propose, deux jours par mois et pendant neuf mois, de réunir une vingtaine de personnes représentant une dizaine de partenaires. La première journée porte sur de la théorie commune. Que l'on vienne du monde social, du domaine médical ou de la vie associative, on a le même contenu théorique, le même corpus. Le lendemain est consacré à des visites dans les locaux de l'autre. La formation se déplace pour aller voir, sur le terrain, en quoi consiste le travail de l'autre. Le premier cycle de formation s'est achevé en novembre et les participants en ont éprouvé beaucoup de satisfaction. Nous n'en avons pas vu immédiatement l'impact sur la qualité de prise en charge des patients, mais ce qui est certain, c'est que tous les gens qui ont bénéficié de cette formation sont apaisés au quotidien parce qu'ils connaissent mieux les différentes ficelles des dossiers.

La commission sur le travail, qui traite de l'insertion du malade dans l'emploi, mais aussi des risques psycho-sociaux créés par le travail.

La commission sur le logement cherche à mettre en place ce qui a été fait à Reims, à Rennes ou à Lille en matière d'appartements thérapeutiques, parce que nous avons des besoins.

À propos des besoins, j'ai identifié un besoin qui n'est pas forcément celui de la population, mais qui est celui du Conseil local de santé mentale. Ce sont des moyens financiers. J'entendais tout à l'heure qu'il fallait que les villes cofinancent. C'est ce que nous faisons. Mais aujourd'hui, la situa-

tion est compliquée. Les villes sont confrontées à une diminution des dotations globales de l'État, donc, à une diminution de moyens. Les partenaires comme le CHU, en tout cas pour notre CHU, sont en situation de retour à l'équilibre, ce qui s'accompagne également d'une réduction de moyens. Les associations ont vu le département du Finistère se retirer de toute action de santé et ont perdu ces subventions. Donc, nos partenaires du conseil local ont aussi moins de moyens. En revanche, la population, elle, a de plus en plus de besoins, puisque la crise économique nourrit la crise personnelle, la souffrance psychique. Nous nous retrouvons donc sur le fil, avec des besoins qui, aujourd'hui, nous inquiètent, en tout cas sur le plan des moyens financiers. Je tenais à le dire parce qu'il y a ici deux ou trois personnes qui ont l'air de penser que tout va bien...

S'agissant de la question relative à l'impact d'un Conseil local de santé mentale dans la ville – je réponds aux questions telles qu'elles nous avaient été posées pour préparer nos interventions –, cet impact est multiple. Nous l'avons observé chez les partenaires du conseil local : l'impact immédiat, et qui est donc immédiat également pour les personnes en souffrance, est une facilitation du travail, une facilitation de la prise en charge et le sentiment de faire partie d'une dynamique qui vous accompagne, qui vous aide et qui fait que la souffrance personnelle, non pas des usagers, mais des travailleurs sociaux ou des travailleurs médicaux, est un peu apaisée. Autre impact : nous sommes en train de partager l'étude en population générale avec les habitants, quartier par quartier, de façon à ce que cela ne reste pas un savoir du Conseil local de santé mentale. La démocratie sanitaire signifie en effet que l'habitant prend en charge, maîtrise mieux sa santé en connaissant les études. Les logements également sont impactés par le Conseil local de santé mentale, à travers la dé-stigmatisation de la santé mentale.

Mais j'ai aussi envie de vous faire partager une expérience. Nous sommes tous ici complètement convaincus qu'un Conseil local de santé mentale est un outil formidable. Il est suffisamment souple pour permettre de répondre aux attentes de chacune des collectivités, que ce soient des villes, des agglomérations, des pays... On peut tout imaginer, avec un Conseil local de santé mentale. En revanche, pour prendre l'exemple breïtois, nous avons eu la chance, en décembre, d'être en quelque sorte le centre de la France, puisque nous avons été la capitale nationale du sexisme pendant deux semaines avec l'élection de Miss France. Pendant ces deux semaines de paillettes et de flonflons, les médias nationaux étaient à Breït, pour une fois. Et juste quand ils étaient là, il s'est produit quelque chose qui est très significatif quand on travaille sur la santé mentale et sur la dé-stigmatisation. Un monsieur, retraité, décrit par ses voisins comme

étant un peu en fragilité psychologique, allait, chaque jour, à la sortie de l'école de son quartier, juste en bas de chez lui pour... Vous voyez à quoi je fais référence. Un groupe d'habitants, de parents, trouvaient cet homme un peu bizarre : il est forcément pédophile ou délinquant ; ce n'est pas possible autrement... Ils l'ont poursuivi, les policiers sont arrivés, ont vu un malheureux harcelé par une dizaine de parents. C'est bien sûr le malheureux qu'ils ont arrêté. Et le pauvre monsieur est décédé des suites de cette poursuite. Ce que j'en ai retenu, c'est que tout ce sur quoi nous travaillons, les villes, les psychiatres, les travailleurs sociaux, les acteurs locaux, toute cette envie que nous avons de dé-stigmatiser, d'œuvrer pour notre population, de dire que la personne en souffrance psychologique, psychique ou psychiatrique, quel que soit le terme que l'on utilise, toute personne qui souffre, est un citoyen parmi les autres et que nous devons, nous, parce que nous allons bien, les aider à faire société, à être les citoyens qu'ils peuvent être, tout ceci a un impact minime par rapport au matraquage médiatique et politique. Depuis dix ans, les membres du gouvernement, certains députés passent leurs journées à chercher les faits divers dans les journaux pour pondre des lois de plus stigmatisantes, de plus en plus sécuritaires, à l'encontre de personnes qui souffrent. Nous devons absolument rester vigilants et travailler avec nos populations, nos habitants, pour lutter contre cet état d'esprit politique nauséabond, qui nous pourrit clairement le travail. Entre les diminutions de moyens et le matraquage médiatique, je pense que nous avons beaucoup de courage à continuer de vouloir avancer sur cette question de la santé mentale et de la citoyenneté.

« **Pauline Rhenter**

Vous aviez préparé votre intervention sur les questions qui vous avaient préalablement été communiquées. Je voulais vous demander les difficultés, mais vous avez aussi abordé la question que j'avais ajoutée.

Je vais donner la parole à Claude Finkelstein, qui pourrait faire écho à cette première intervention, au sujet de la stigmatisation. Je ne crois d'ailleurs pas que vous vous offusqueriez de la chronologie des interventions.

- La représentante des usagers

«• **Claude Finkelstein**, présidente de la *Fédération nationale des Associations d'usagers de la psychiatrie (Fnapsy)*

Je vous remercie de m'avoir invitée pour parler des Conseils locaux de santé mentale. Je ne suis peut-être pas la bonne personne, parce que nous ne faisons pas beaucoup partie des Conseils locaux de santé mentale, soit parce que nous n'y avons pas été invités, soit parce que quand nous l'avons été – très peu –, nous n'avons pas pu y participer. Je ne vais donc pas vous donner notre vue sur la situation. Mon propos portera davantage sur le concept, sur la réflexion nationale. D'ailleurs, j'interviens au titre de la représentation nationale.

Je livrerai tout de même deux réponses à ce qui s'est dit. Premièrement, nous avons été invités à Lisbonne, certes, mais sans moyens pour y aller. Et nous n'en avons pas les moyens, avec notre subvention, au niveau national, de 140 000 € pour gérer 67 associations qui, au 31 décembre, comptaient 4 681 adhérents. Vous comprenez que dans ces conditions, nous ne pouvons pas voyager en Europe. Ce n'est pas possible, chez nous ! Nous sommes au centime près. Nous aurions bien voulu y aller, mais nous n'avons pas pu le faire.

Deuxièmement, je rejoins ce qui a été dit sur la loi du 5 juillet 2011. Si, dans les Conseils locaux de santé mentale, on ne peut pas parler de cette loi, je me demande à quoi cela sert. Si toute la société, toutes les personnes sont vraiment interpellées – la police, la ville, le maire qui doit signer ou non, le directeur de l'hôpital... –, il n'y a pas de doute : on est obligé d'en parler.

Pour ma part, je voudrais voir deux choses abordées dans un Conseil local de santé mentale. D'abord, de la prévention. C'est vraiment le lieu de la prévention, et de la prévention dans tous les sens. La prévention pour les personnes, pour qu'elles aient accès aux soins, puisque l'on en discute, dans un Conseil local de santé mentale, la prévention contre la stigmatisation... Nous avons constitué un Conseil local de santé mentale avec la mairie du 20^e arrondissement, avec Madame Charzat. Cela fonctionnait très bien. Nous nous réunissions une fois tous les mois avec la police, le maire et tous les acteurs, nous discussions et nous avions de très bonnes réponses. C'est le seul auquel j'ai participé personnellement. Ce n'était pas encore déclaré ainsi, mais l'esprit était là.

Le Conseil local de santé mentale est vraiment l'endroit où l'on peut discuter localement, mais très localement. C'est pourquoi il faut un référentiel, une boîte à outils, ainsi que beaucoup de liberté. Chaque conseil

local va agir à sa manière, précisément selon le contexte local.

Il s'agit d'une démocratie sanitaire, certes, mais il y a tout de même un problème : c'est sur la base du volontariat. Il y a des endroits où l'on aimerait bien qu'il y ait un Conseil local de santé mentale, et ce sont justement les endroits où l'on sait qu'il n'y en aura pas. Oui, il faut des élus, mais ne pourrait-on pas envisager, dans certains endroits, des Conseils locaux de santé mentale sans élu ? Vous comprenez très bien pourquoi : les élus changent. Je ne parle pas de couleur politique, mais au moins de personnes, parce qu'un Conseil local de santé mentale, c'est très axé sur la personne.

Je suis présidente de la Fnapsy depuis 1998, mais j'ai un engagement associatif militant en psychiatrie depuis vingt ans. Nous souffrons énormément des projets innovants, des projets saupoudrés ici et là. Bien sûr, il y a des endroits où il se passe des choses formidables. Certes, mais les autres endroits ? Et il y en a beaucoup, des autres endroits. La Fnapsy s'occupe de tout le territoire national, et il est affreux de constater que dans un endroit, on a des réponses, on peut faire quelque chose et que dans 80 % des autres endroits, on se retrouve vraiment stigmatisé. Je vous demande de considérer ce que je vais dire du côté de l'usager. Quand nous nous rencontrons – et nous nous rencontrons régulièrement : nous faisons des fêtes – et que certains disent comment cela se passe chez eux, pour les autres, c'est terrible. Parce que chez nous, il y a quelque chose de terrible, c'est l'espoir. L'espoir de la guérison, il n'y en a pas ; c'est le rétablissement. Mais l'espoir... Les gens rentrent chez eux tout remontés. Ils disent : « je veux ça » et on leur répond : « mais qu'est-ce que tu es, toi ? Tu n'es qu'un usager. Tais-toi ». C'est souvent ce qui arrive.

Vous comprendrez que je suis très enthousiaste à propos de Conseils locaux de santé mentale, mais je vous demande de faire très attention à la manière dont cela va pouvoir se mettre en route. Il n'y a qu'un seul moyen, comme l'ont dit plusieurs personnes ici, c'est l'évaluation, et l'évaluation dès le début. Vous avez parlé des groupes d'entraide mutuelle. C'est nous qui les avons inventés. Je me bats pour qu'ils s'autoévaluent pour qu'ensuite, il y ait une évaluation correcte, et non pas comme un organisme médico-social de services. Dans les Conseils locaux de santé mentale, qu'il sera là ? Le maire, le généraliste du coin et le psychiatre du CHS ? Il peut y avoir de très bons Conseils locaux de santé mentale où il n'y aura pas toutes ces personnes, mais des personnes qui seront assez actives pour faire avancer les choses. C'est ce que je voudrais que vous preniez en considération. L'évaluation, il faut y penser absolument, et également, faire une recherche sur l'impact que cela amène. Ce qu'il nous faut, c'est une bonne réponse à la demande, aux besoins de soins, de loge-

ment, de réflexion, de coordination entre l'hôpital, le CHRS, le GEM, le logement adapté et le logement normal, et dans tous les sens. Parce qu'en psychiatrie, on va d'un bout à l'autre et de l'autre bout au premier; ce n'est pas dans un sens, l'usager rentre chez lui et c'est fini: ce n'est jamais fini, cela revient. Il faut essayer de penser à l'avenir. Nous aimons bien le volontariat, nous aimons bien ce qui se passe très bien à droite et à gauche, mais nous voyons aussi tout ce qui se passe mal...

Je voudrais aussi vous demander quels usagers vous allez prendre, dans les Conseils locaux de santé mentale? Est-ce que vous en prenez? Oui? Lesquels? Les adhérents des GEM? Est-ce que vous savez ce que cela veut dire? Un groupe d'entraide mutuelle n'est pas fait pour représenter les usagers. L'objectif du groupe d'entraide mutuelle est que l'usager puisse aller dans un endroit où il y a des gens comme lui et essayer de se resocialiser, de sortir et de vivre. Il s'agit d'entraide et non de représentation. La représentativité, ce sont les associations d'usagers qui l'incarnent. Je suis peut-être difficile, embêtante, mais c'est ainsi.

«• *Pauline Rhenter*

Mais quand il n'y a personne sur le territoire, on va chercher le GEM.

«• *Claude Finkelstein*

Vous allez chercher le GEM, mais vous lui enlevez sa spécificité. Le groupe d'entraide mutuelle est quelque chose de très spécifique, qui a été inventé par les gens pour qu'ils en sortent et qu'ils revivent. Quand vous leur demandez de participer au Conseil local de santé mentale, si des personnes du GEM veulent le faire, elles constituent une association d'usagers et elles sont représentatives. Il faut faire les choses bien, il faut être clair. Nous-mêmes, nous ne sommes pas très clairs dans notre tête, mais si vous nous «tourneboulez» de la sorte, nous n'y arriverons pas du tout. C'est très important.

Quand j'ai commencé, en 1990, il n'y avait pas besoin des usagers. On n'en voulait pas, nulle part – il faut dire les choses telles qu'elles sont –, sauf dans certains endroits... Sauf toi, mais tu ne devrais même pas être là... Tu montres une image tellement représentative que tout le monde croit que c'est ainsi partout en France. Hier, et même avant-hier, nous avons commencé parce que la Fnapsy était là, qu'elle était représentative, qu'elle a vraiment bougé. Nous avons aussi la chance de surfer sur «les années sida». C'est AIDES qui nous a aidés à prendre la parole. Hier, il y avait des usagers représentants. Un usager représentant de la Fnapsy est un usager qui est déjà dans l'association depuis cinq ans, qui sait

parler au nom de sa propre pathologie, mais aussi au nom des autres, et qui sait respecter un cahier des charges d'interventions. Aujourd'hui, ce que l'on voit, c'est l'usager alibi. On choisit le bon usager du coin, celui qui est gentil, celui qui dit la même chose que soi, et on l'emmène dans un endroit. Il est tout content de sortir. Je connais un médecin dont je tairai le nom qui a sollicité mon secrétaire général, parce qu'il en avait assez que je vienne intervenir : « Karim, viens vite intervenir, c'est important ! » Karim n'était pas très chaud, parce que ce n'est pas la personne qui intervient habituellement. Pour le convaincre, le médecin lui a dit : « tu sais, il y aura du champagne et des petits gâteaux... » Eh bien non ! Nous nous fichons des petits gâteaux. Ce que nous voulons, c'est pouvoir nous exprimer. Faites attention à ces usagers alibi. C'est très pratique, c'est très bien en ce moment, mais dans dix ans, vous le paierez.

C'est tout ce que je voulais dire.

«• **Pauline Rhenter**

Merci. Nous avons bien compris que les GEM n'étaient pas censés représenter les usagers. Mais sur un territoire, quand personne d'autre n'est mobilisable et qu'ils sont d'accord pour participer à la démarche, on ne voit pas vraiment pourquoi ce serait contrindiqué quand même.

«• **Jean Canneva**, *président de l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam)*

Excusez-moi, mais nous ne pouvons pas vous laisser dire cela.

«• **Pauline Rhenter**

Cela fait parfaitement la transition, puisque c'est à vous de prendre la parole.

- **La famille**

«• **Jean Canneva**

> Voir présentation des documents de **Jean Canneva** accompagnants cette intervention p. 12-16 des diaporamas

Je ne peux pas vous laisser dire qu'il n'y a pas de représentation possible des usagers, parce qu'en psychiatrie la représentation des usagers existe également en faisant participer les aidants familiaux et que le partenariat entre la Fnapsy et l'Unafam est solidement établi depuis plus de dix ans. Je vais vous présenter rapidement le référentiel de l'Unafam. L'association regroupe 45 000 aidants et travaille avec des milliers d'aidants sur la totalité du territoire. L'association dispose d'une organisation relativement précise. Par contre, c'est vrai que représenter les

usagers est un combat. Vous avez manifesté des éléments de satisfaction, tout à l'heure, sur le rapport de la Cour des comptes. Pour ma part, je ne partage pas la même satisfaction car, sur les 300 pages sur la psychiatrie, il n'existe pas un mot sur les aidants familiaux. La fin des asiles date de plus de cinquante ans. Comment se fait-il que les conseillers de la Cour puissent évaluer le plan de 2005-2010 pour essayer de préparer celui qui est en cours d'élaboration, sans parler du rôle des proches ? Les usagers sont considérés comme des gens faibles, non formés, incapables de se représenter. C'est totalement inacceptable au moins en ce qui concerne les aidants de proximité, mais c'est conforme à ce que nous connaissons depuis des années. Je sais que Monsieur El Ghazi sait faire parler ensemble les usagers et les aidants. En effet, ce ne sont pas les professionnels des services qui savent le mieux ce qui se passe dans la cité. Ce sont les proches, les voisins, avec vous, les élus, qui représentez l'intérêt général. Il reste que le rapport de la Cour dit beaucoup de choses intéressantes, y compris sur les Conseils locaux. Les personnes malades sont aujourd'hui à 95 % dans la cité et plus dans les hôpitaux. Par conséquent, ils sont d'abord à la charge des aidants et des associations d'usagers, naturellement avec les professionnels.

Je vous présente le référentiel de l'Unafam rapidement, parce qu'en psychiatrie, si vous avez dix psychiatres, vous avez autant d'avis différents possibles, et pareillement pour les proches. Je m'en tiendrai à ce que j'ai écrit pour vous donner l'essentiel du message dans un temps très court.

Ce qui caractérise les personnes malades dans la cité par rapport à d'autres situations de handicap, c'est la variabilité. A cinq minutes d'intervalle, la situation peut changer. Les maladies ne se guérissent pas vraiment comme l'a dit Claude Finkelstein. Les solutions que vous allez avoir à mettre au point doivent donc l'être «en dépit» des incapacités. Cela signifie que les incapacités restent, mais que l'on travaille – comme nous le faisons ensemble avec la Fnapsy, depuis plus de dix ans – en tenant compte des difficultés rencontrées à un moment donné. Nous cherchons à redonner aux personnes malades le maximum d'autonomie, mais il faut aussi admettre qu'elles retrouvent une sorte de dépendance vis-à-vis de certains tiers de proximité tels que les soignants et ceux qui vont les aider au quotidien. Je plaide ici pour que vous puissiez admettre et favoriser cette interdépendance entre les usagers, les aidants de proximité et les professionnels. Faire face seul n'est pas possible. Nous dépendons tous les uns des autres.

Dans les structures que vous allez mettre en place, laissez toujours une porte ouverte. Même si cela vous paraît une situation en impasse, il y a toujours une part «non malade».

Le référentiel de l'accompagnement tel que le demande Unafam est constitué de six points : la continuité des soins, celle des ressources, l'obtention et le maintien dans un logement, des accompagnements adaptés, si nécessaire, une protection juridique et, si la santé le permet, des possibilités d'activité. Les 1 500 bénévoles de l'Unafam doivent connaître la liste par cœur, parce que lorsque l'on offre par exemple, un logement, il faut se demander s'il existe une relation de soin. Quand on offre du soin, il faut veiller à ce qui est offert pour l'accompagnement... On ne peut pas séparer ces éléments : ils sont tous liés et font partie de l'approche globale de la personne. Le référentiel permet de gérer en permanence des variations dans le temps.

La compensation prévue par la loi de 2005 sur le handicap est, en réalité, une protection. Il faut le reconnaître. Si les usagers patients et proches n'avaient pas été là, il n'y aurait pas de situation de handicap psychique aujourd'hui reconnue dans la cité. Quand il s'agit d'un handicap moteur, vous pouvez chercher à le compenser au moins en partie. Lorsque vous avez à accompagner une personne en situation de handicap psychique, donc variable, on ne le peut pas. Si vous accompagnez une personne qui souffre de psychose, je ne vous conseille pas de lui dire que vous allez compenser sa psychose. Vous auriez vraiment des ennuis. En revanche, on cherche à protéger l'autonomie de la personne. Dans les Conseils locaux de santé mentale, pensez toujours à la protection. C'est très important. Même la loi du 5 juillet 2011 qui a été présentée par certains comme une loi d'enfermement, est, en réalité, une loi de protection. C'est ainsi que nous l'avons défendue.

En matière d'incapacité, la Fnapsy et l'Unafam ont du plaider que le droit commun en matière de liberté supposait une « présomption de capacité ». Le feu rouge devient dangereux pour quelqu'un qui est aveugle. Dans la cité, est-ce que la personne est capable de défendre elle-même ses intérêts ? Si ce n'est pas le cas, le législateur a prévu trois lois : celle sur la protection juridique, celle sur les soins sans consentement et l'article 122-1 du code pénal. Dans les deux premiers cas, les familles sont en situation de subsidiarité. Comment se fait-il que la Cour des comptes ne comprenne pas que pour la protection juridique comme pour les soins sans consentement, ce sont d'abord les proches, et ensuite, les tiers qui interviennent ? Il existe plus de 70 000 hospitalisations sur demande de tiers par an en France. Maintenant la justice intervient dans les trois cas.

Notre objectif commun est naturellement de revenir dans l'application du droit commun dès qu'on le peut, avec l'aide des professionnels bien sûr.

S'agissant du plan psychique, nous demandons principalement quatre éléments :

Tout d'abord, nous pensons qu'il est indispensable de disposer de centres d'aide et de médiation lors de l'arrivée des troubles, comme le service d'écoute des familles de l'Unafam, qui reçoit 10 000 appels par an. On n'entre pas dans la psychiatrie et dans les soins de la santé mentale comme s'il s'agissait de soins somatiques. On y vient dans la douleur, c'est très difficile et il faut des acteurs expérimentés pour nous aider. Ce centre d'aide peut être national, par téléphone, régional ou local – je parle devant Monsieur Reyes qui connaît bien le problème, mais il peut aussi être créé par des usagers, par les familles, du moment qu'il existe. Pour les proches, mais aussi pour les professionnels de la proximité, les gestionnaires de CHRS, par exemple, quand les troubles arrivent, c'est un séisme. Il faut que des personnes compétentes soient disponibles.

Deuxièmement, nous avons demandé, dans la loi du 5 juillet, des services d'urgence avec des compétences psychiatriques. C'est indispensable. Si la police intervient seule, cela ne va pas ! Il faut vraiment des services spécialisés.

Troisièmement, nous voulons des aides et des formations pour les aidants de proximité. Vous en avez parlé tout à l'heure. Les travailleurs sociaux, comme les proches, sont en contact avec la souffrance psychique. Ils doivent être soutenus.

Enfin, nous demandons une action déterminée de lutte contre l'abandon. Je me réfère entre autre, aux propos de Jean Furtos.

Finalement, la gestion des parcours présente trois défis principaux : la chronicité avec ses conséquences sur le débordement des urgences, les poly-pathologies et la crise de la dette. Nous devons bien intégrer cette dernière dimension pour rester réalistes.

La coopération est également importante. J'ai entendu que l'ARS voulait financer des projets avec coopération. Ils ont raison. Les futurs projets devraient tous avoir une dimension collective.

Je vais vous faire une confidence : nous n'échapperons pas à de nouveaux métiers, à de nouvelles tarifications – parce que les services d'accompagnement à la place, cela ne fonctionne pas. Nous pensons qu'il faut inventer un concept de veille – et de nouvelles formes de démocratie sanitaire. Je vous supplie de mettre des représentants des usagers et des aidants dans vos structures, parce que cela ne se passe pas de la même façon si ces représentants sont ou ne sont pas là.

Les aidants, les professionnels et les élus sont solidaires. Ils ont intérêt à collaborer, sans distinction de l'âge des personnes aidées, avec un objectif global : la protection et le développement des personnes, à commencer par les plus fragiles.

«• **Pauline Rhenter**

Madame Le Goïc est partie, mais nous avons un peu échangé à propos de cette question de la représentation des usagers dans les conseils locaux, avant de parler des aidants. Comment mobiliser des représentants des usagers ? C'est un vrai problème. Et comment mobiliser des habitants qui soient autre chose que des représentants d'eux-mêmes en tant qu'habitants ? Cette question est à travailler. Entre un fauteuil qui est vide parce que l'on n'a pas d'association affiliée à la Fnapsy, localement, et une personne du GEM qui se mobilise pour participer...

«• **Jean Canneva**

Prenez l'Unafam pendant un moment jusqu'à ce qu'une association d'usagers se constitue.

«• **Pauline Rhenter**

Mais en général, l'Unafam est associée.

«• **Jean Canneva**

Je peux vous expliquer ce que nous faisons désormais dans les CDHSP, les commissions départementales d'hospitalisation ou de soins psychiatriques. Nous occupons les deux places disponibles, en accord avec la Fnapsy, et dès que cette dernière a une possibilité d'occuper un poste, nous cédon la place pour la donner à l'usager-patient. Il y a un échange pour que l'usager soit présent dans tous les cas de figure.

«• **Claude Finkelstein**

Il ne s'agit pas obligatoirement d'une personne de la Fnapsy, mais actuellement, en France, la Fnapsy est la seule représentation spécifique des usagers. Les autres associations sont des associations plurielles ; c'est donc différent.

La population, ce n'est pas la même chose. Je peux parfaitement participer à votre Conseil local de santé mentale en tant que représentante de la population, parce que j'utilise la ville, je vis dans la ville, j'utilise les poubelles... Si la police enfonce la porte à côté, je suis une citoyenne.

Je peux participer au conseil en tant que citoyenne. Mais ce que vous demandez, ce sont des représentations de personnes en souffrance psychique, ce qui est différent. Je suis une citoyenne et une personne en souffrance psychique ; j'ai les deux casquettes. Si vous demandez à une personne du GEM de participer en tant que citoyen, cela ne me dérange pas. Le problème est que vous sollicitez des personnes qui sont dans une autre configuration. Le groupe d'entraide mutuelle est quelque chose de totalement innovant, qui n'a pas derrière lui une très grande durée de vie. De la même façon qu'il y a de bons et de mauvais Conseils locaux de santé mentale, de vrais et de faux Conseils locaux de santé mentale, il y a de vrais et de faux GEM. C'est avéré.

«• **Pauline Rhenter**

Il faut lui reconnaître l'excuse de la jeunesse. C'est un processus.

«• **Claude Finkelstein**

C'est un processus, certes, mais le problème des GEM et que vous n'avez pas dans les Conseils locaux de santé mentale est que les GEM touchent 75 000 € par an au maximum, que quantité d'autres organismes font des yeux de loup à la Tex Avery et créent des GEM un peu partout. Il y a même un GEM au sein d'un hôpital, dont la présidente est une psychiatre, une soignante ! Les GEM sont des endroits qui doivent permettre aux individus de resocialiser. Si, dans un GEM, il y a des personnes qui veulent faire partie d'un Conseil local de santé mentale, il faut leur donner des formations, qu'ils n'ont pas dans les GEM parce les GEM ne sont pas faits pour cela ; des formations de prise de parole, de prise de conscience de ce qu'est la citoyenneté qu'ils peuvent aborder au regard de la santé mentale. C'est quelque chose qui s'apprend. Chez nous, nous apprenons. Nous avons des formations de prise de parole, et pas uniquement en public.

C'est important. Nous ne pouvons pas lutter, nous sommes trop faibles, mais nous voyons bien que toutes ces représentations de personnes non représentatives sont empreintes de leur propre pathologie et de leur propre vie. Elles ont besoin d'apprendre. Dans les pays anglo-saxons, on le sait très bien. Qu'est-ce qu'un médiateur de santé-pair ? Il faut, certes, avoir un savoir d'expérience, un savoir être, quelque chose que l'on a vécu, qui nous a apporté une connaissance, mais il faut apprendre. Si, à l'université de Paris 8, on n'apprend pas aux médiateurs de santé-pairs comment ils doivent se tenir, ce sera un échec total. Cela s'apprend.

«• **Pauline Rhenter**

On peut aussi prendre le problème différemment : pourquoi ferait-on une formation spécifique pour ces personnes et pas pour d'autres personnes qui participent à un Conseil local de santé mentale et qui ne prennent pas la parole ? Dans beaucoup de conseils locaux, ceux qui sont à l'aise pour prendre la parole, ce sont les chefs de service en psychiatrie, les élus, et un certain nombre d'acteurs, des professionnels ou des membres d'associations, ne prennent pas la place qui pourrait leur être donnée, parce qu'elle est occupée par d'autres qui ont l'habitude de prendre la parole. D'où l'importance de réfléchir collectivement, dans la genèse des conseils locaux, à la manière de recueillir et d'évaluer les besoins, de se fixer des axes prioritaires de travail. C'est exactement la même démarche que dans les Ateliers Santé Ville et dans toute démarche de santé publique. Quand on fait de la santé communautaire, on ne suit pas une formation spécifique pour un patient.

«• **Claude Finkelstein**

Si vous n'avez pas de Fnapsy, faites de petites recherches - actions, de petits focus groupes, mais faites quelque chose d'intelligent et de structuré.

«• **Pauline Rhenter**

Le docteur Lavaud va nous parler de la mise en place d'un conseil local à Choisy-le-Roi, Orly et Villeneuve-le-Roi.

- **Le psychiatre**

«• **Jean-Louis Lavaud, psychiatre, CLSM de Choisy-le-Roi, Orly et Villeneuve-le-Roi**

> Voir présentation
des documents de
Jean-Louis Lavaud
accompagnants cette
intervention p. 18-25
des diaporamas

Il faut un certain enthousiasme, un certain désir pour faire quelque chose en psychiatrie, aujourd'hui. Mais c'était déjà le cas il y a vingt ans. Nous sommes aidés par des penseurs. Pour ma part, ce qui m'a aidé, ce sont les propos de Pierre Dac, qui disait que tout ce qui n'avancait pas reculait, et du philosophe présocratique Anaximandre selon lequel le chemin qui monte est aussi celui qui descend, ce qui nous évite bien des déboires.

Nous avons vécu le secteur et son développement de façon très différente, comme le disait Jean-Luc Roelandt. Depuis 1960, les choses se sont mises en place très lentement, et les conseils de santé mentale se mettent également en place très lentement. J'ai tout de même plusieurs hypothèses.

Je constate que la gestion des activités extrahospitalières est repassée de la Ddass aux directions d'hôpital, et depuis l'extrahospitalier a plutôt périclité. En tout cas, cela a été un frein au développement et pour le secteur dont je m'occupe, cela a plutôt été une régression. Des structures innovantes qui avaient été ouvertes à une époque ont diminué d'intensité, de volume, sont fermées l'été et ont même failli fermer complètement à plusieurs reprises.

Mon deuxième constat est sans doute aussi une explication : la temporalité dans les carrières. Les médecins font une carrière assez longue dans les services et les directeurs, une carrière assez brève : ils restent trois ou quatre ans. Sur des projets au long cours tels que ceux que nous menons – un Conseil local de santé mentale est une affaire de longue haleine : pour nous, cela a pris plusieurs années –, le médecin s'investit dans quelque chose qui, à l'aune du temps directorial, est un épiphénomène. Le directeur ne s'y investit pas ; la preuve, il ne sait en général pas ce que nous faisons et ce qui existe. J'ai eu la surprise agréable, lors de la visite de la Cour des comptes, qui vient de faire son rapport, d'être appelé en urgence parce que, m'a-t-on dit, il n'y avait que cela qui les intéressait : c'était la seule chose qui avait été mise en place à Paul-Guiraud, ils voulaient le valoriser (le conseil local de santé mentale), mais la direction n'avait aucune information et me demandait si j'avais des documents à leur donner. Les seuls éléments dont elle disposait servaient à épingler des problèmes de gestion ou de conception – réalisation des structures pénitentiaires et pour les malades dangereux. Il a fallu que je fournisse des documents en catastrophe...

Ceci montre bien la difficulté que nous rencontrons au quotidien, dans les services de psychiatrie et dans les hôpitaux. Il y a sans doute là quelque chose qui est compliqué. À mon avis, la loi HPST, en donnant tous les pouvoirs au directeur, va dans le sens d'une aggravation. Il peut bien sûr y avoir des gens avec lesquels on s'entend très bien, qui sont très compétents, très professionnels, qui ont envie de s'investir et dès lors, tout se passe bien. Il peut y avoir des gens qui le sont moins ou qui ont moins envie de s'investir ou surtout, qui ont un projet de carrière – ce qui est bien humain. Or, un projet de carrière, c'est en général un projet de bâtisseur ; c'est-à-dire qu'il faut du visible. Construire un hôpital, des locaux, des bâtiments, inaugurer, couper les rubans, c'est quelque chose qui est visible et qui nourrit éventuellement un dossier de presse.

Nous recevons aussi de plein fouet la loi de juillet 2011, qui s'oppose à tout le travail idéologique que nous réalisons. Henri Ey, qui est l'un des plus grands psychiatres français, disait que la maladie mentale était une pathologie de la liberté. C'est-à-dire que les patients souffraient d'une

pathologie de la liberté. Or, on ne soigne pas une pathologie de la liberté par une politique de renfermement. Le renfermement, il en faut parfois : il est quelquefois nécessaire d'hospitaliser les gens sous contrainte. Mais on est en train de mettre en place une politique de renfermement à grande échelle, qu'elle soit institutionnelle ou à domicile, avec les programmes de soins et désormais, dans les institutions médico-sociales, avec le projet de circulaire. En effet, entre échanger des informations entre professionnels, ce qui est une bonne chose, quand on soigne quelqu'un, mais faire un programme de soins dans une structure médico-sociale qui prévoit d'emblée la possibilité d'intervention de la police pour ré-hospitaliser quelqu'un s'il n'est pas totalement compliant... Je ne vois pas comment l'on peut soigner la pathologie de la liberté en mettant un carcan aussi astreignant au patient.

Après ce préambule, entrons dans le vif du sujet. Pour le conseil de santé mentale, je me suis appuyé sur la circulaire Évin de 1990, qui, selon la Cour des comptes, était le dernier axe programmatique en psychiatrie. Cela fait vingt et un ans qu'il prévoyait cette organisation. Je voulais créer un conseil de secteur dans un autre secteur où j'étais auparavant, mais, là aussi, il faut une rencontre : il faut que les élus soient d'accord. En l'occurrence, l' élu était un monsieur extrêmement respectable mais extrêmement âgé et il n'a jamais été possible d'imaginer de mettre une telle structure en place. Aujourd'hui, fort de l'expérience de notre conseil de secteur, le collègue qui a repris le secteur est en train de monter un Conseil local de santé mentale avec le successeur de cet élu. Donc, rien n'est perdu : les choses changent.

Nous avons un devoir imposé : quand on prend un service, il faut faire un projet de service. J'ai appelé le mien : « le patient citoyen ». Le constat d'évidence était en effet que l'on ne soignait plus les gens à l'hôpital – ou plutôt, on les soigne à l'hôpital, mais ce n'est pas là que l'on trouve les patients –, et le service dont je m'occupe était passé de 200 lits en 1973 à 24 lits en 2000, avec une file active qui avait pratiquement triplé entre-temps. Nous avons donc 24 patients à l'hôpital et 1 300 en ville. Les patients étaient donc dans la ville et plus à l'hôpital, où ils restaient très peu de temps.

Ce projet de service a été communiqué aux élus du secteur. C'était une façon de présenter la santé mentale dans leur ville. Il a été reçu assez sympathiquement, parce que cela a donné lieu à des rencontres immédiates : ils ont voulu que nous parlions de tout cela.

Le contexte, à ce moment dans les villes, était que la loi d'orientation de 1998 relative à la lutte contre les exclusions avait prévu la création d'une

Commission d'action sociale d'urgence, la Casu, dans les départements. Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) devaient créer et animer une instance à l'échelon communal par la mise en réseau de l'ensemble des acteurs sociaux. Il se trouve qu'au moment où nous élaborions un projet de service, les municipalités, dont celle de Choisy-le-Roi, avaient créé une commission dans ce sens, et tous les partenaires faisaient part de leurs difficultés liées à l'accompagnement des publics en souffrance psychique résultant souvent, mais pas toujours, de leur situation économique précaire. Le secteur de Choisy – Orly est en effet un secteur en souffrance sur le plan socio-économique : beaucoup de logements sociaux, beaucoup d'hôtels meublés extrêmement médiocres, beaucoup de résidences difficiles et de foyers assez peu encadrés : pour 300 places, il n'y a parfois qu'un temps plein et demi d'encadrement. Il y a des squats, des trafics divers...

Le contexte municipal et le projet de service ont rendu la rencontre possible. C'était sans doute une bonne conjonction.

En 2003, année européenne du handicap, une journée sur « la santé mentale, réalités et perspectives » est organisée avec la municipalité à Choisy-le-Roi. Elle rencontre beaucoup de succès, puisque plus de cent personnes ont répondu : des élus, des médecins publics, privés, associatifs, scolaires, de la santé publique, des psychologues, des assistants sociaux... De nombreuses problématiques sont soulevées : le soin n'est qu'une partie de la prise en charge en psychiatrie. La maladie ne doit pas être un frein à l'insertion possible par le travail, le logement, les loisirs, etc. Dans un grand moment d'élation, en fin de journée, nous avons décidé de créer un Conseil local de santé mentale à l'unanimité.

Le conseil de secteur de santé mentale est né officiellement le 19 novembre 2004. Il y avait eu une partie de travail d'intercommunalité avec les élus des autres communes, puisque notre secteur dessert quatre communes : avec la mairie de Choisy, une demi-journée à Orly, etc. Deux communes participent activement, Choisy et Orly, et deux communes participent inactivement, Villeneuve-le-Roi et Ablon, c'est-à-dire que les élus ne participent pas, mais que les services municipaux participent. Les gens des services sont en grande difficulté et sont contents de venir nous rencontrer dans les commissions et les groupes de travail.

Le CSSM doit être un espace permettant de faire l'état des lieux, des moyens, de nos besoins... – vous connaissez tout cela. Il a pour objectifs la prévention, les soins, l'accompagnement vers l'insertion. Il travaille dans le cadre d'un conseil unique pour les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, ce qui complique un peu les choses, parce que l'aire

de psychiatrie infanto-juvénile est plus large que la nôtre. Pour faciliter les travaux, le CSSM s'est scindé en deux sous-groupes : la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile, parce que nous n'avons pas du tout les mêmes interlocuteurs. Nous ne partageons pas les partenaires de l'Éducation nationale, de la médecine scolaire...

Le statut de la structure reste à définir. Quand on parle de référentiel, on se rend compte que c'est parfois quand le statut reste flou que cela fonctionne le mieux. Lorsque l'on fige trop les choses, c'est trop compliqué. Mais il faut tout de même disposer d'un certain cadre.

Nous avons un comité de pilotage et de suivi composé des élus à la santé, des médecins de santé publique – aujourd'hui, nous n'en avons plus qu'un sur les deux villes, parce qu'il y a un poste qui n'a pas été occupé –, d'un représentant de l'Unafam, des médecins des secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie, des directeurs généraux adjoints (DGA) des deux villes.

Le CSSM est largement ouvert et constitué par tous ceux qui participent aux travaux, notamment les élus chargés de la santé, les médecins chefs, les référents de santé, les référents des circonscriptions d'action sanitaire et sociale, du président de l'Unafam, d'un référent santé de la Ddass, du conseil général, des inspecteurs des circonscriptions académiques, de la Cli, etc. Je vous cite ceux qui viennent régulièrement, mais il y en a beaucoup d'autres.

Nous avons mis en place des groupes et des commissions thématiques en fonction des projets. Pour la psychiatrie adulte, le premier groupe a été celui de l'accès aux soins. Il se trouve que c'est celui qui a le moins bien fonctionné, puisque nous étions quasiment entre nous, à savoir les participants du secteur de psychiatrie. Il aurait sans doute fallu associer les médecins de ville. Gérard Milleret évoquait l'enquête qui avait été faite. Nous y avons participé : nous l'avons envoyée à nos 55 généralistes, nous avons eu un taux de retour de 20 % et malgré tout ce que nous faisons et tous les contacts que nous avons, j'ai été très surpris de voir les doléances extrêmement importantes des généralistes, qui, globalement, citaient comme point fort d'accès aux soins sur notre secteur le centre d'accueil et de crise que l'on veut régulièrement nous enlever.

Le groupe du logement, par contre, a été un groupe extrêmement favorable, parce que le problème du logement est essentiel dans l'insertion.

S'agissant du groupe de l'accès aux loisirs et à la culture, je ne suis pas tout à fait le diagramme de l'Unafam. Je pense que nous ne sommes pas seulement dans l'assistance. Pour le patient, la liberté et la citoyenneté, c'est vivre comme tout le monde. J'écoutais récemment Esther Duflo, qui

disait que les pauvres voulaient manger, mais voulaient aussi avoir un télé. Pourquoi pas ? Je pense que les malades n'ont pas seulement envie qu'on les accompagne. Ils veulent pouvoir être autonomes et s'accompagner tout seuls ou avec un copain, s'autonomiser le plus possible.

Le dernier groupe était celui de l'accès au travail. Qu'il s'agisse de travail normal ou protégé, cela fait partie des droits.

Dans le sous-groupe de pédopsychiatrie, le projet « séjours séquentiels » et le projet « accompagnement » concernaient la toute petite enfance. Ils tenaient au fait qu'il y avait des mamans qui travaillaient et que des enfants étaient en difficulté. Je ne les évoquerai pas ici.

Quels résultats avons-nous obtenus ? Des réunions régulières du comité de pilotage, une séance plénière chaque année, un travail en intercommunalité – cela touche essentiellement deux villes, au niveau des élus, mais les autres villes participent au niveau des services sanitaires, de loisirs, de culture, de logement, etc. Il faut relever cependant la difficulté d'organiser la coordination de l'ensemble et la nécessité de pouvoir disposer d'un coordinateur et d'un secrétariat. La bonne volonté des uns et des autres ne suffit pas. Il y a deux ou trois ans, après avoir fait un appel, nous avons eu une subvention ponctuelle de 30 000 € sur la politique de la ville dont personne n'a su que faire, puisque personne n'a voulu prendre le risque de recruter quelqu'un avec une subvention qui ne serait pas pérenne. Aucune institution n'a voulu prendre ce cadeau et procéder à une embauche, alors que les deux profils de poste étaient parfaitement adaptés au niveau de la gestion, de l'organisation et du suivi, du secrétariat, des convocations... Ces groupes réunissent des gens qui travaillent sur le secteur et aussi hors de notre périmètre habituel d'intervention, notamment celui de l'accès au travail. Nous avons affaire à des gens d'un peu partout, puisque le travail « protégé » recouvre beaucoup de structures et dispositifs au niveau régional.

Dans la commission « logement », en matière d'accès au logement « normal » et de maintien dans le logement, nous travaillons sur des cas concrets dans le cadre de la politique de rénovation urbaine avec les services de la ville. Il y a des commissions régulières, il y a des commissions sur le relogement ; il y a logements qui sont détruits, d'autres qui se construisent. Nous sommes sollicités y compris pour des situations que nous ne connaissons pas. Bref, c'est un travail de partenariat important. Nous avançons très rapidement et de façon très satisfaisante sur les attributions, même pour des patients qui attendaient depuis très longtemps et dont les dossiers n'étaient pas forcément extraordinaires.

Le groupe travaille sur un deuxième volet, celui du logement d'urgence

et de la précarité. Nous avons mis en place un accompagnement à la vie sociale pour une durée de deux ans couplé à un dispositif de réservation d'un ou deux studios de l'OPAC chaque année avec système de bail glissant. Avec le conseil général et la commission locale d'insertion, nous avons développé un dispositif PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins) d'accès aux soins, avec l'embauche d'un praticien hospitalier à temps partiel, et nous travaillons avec les foyers sur la précarité, les missions locales, l'ANPE... Comme l'expérience a fonctionné, le conseil général l'étend aux autres secteurs de l'hôpital Paul-Guiraud. Nous sommes en train de travailler sur la prise en charge de la précarité dans les six secteurs du Val-de-Marne dont nous avons la charge à Villejuif. S'agissant des structures adaptées aux patients au long cours, je rejoins le propos de Monsieur Canneva, de l'Unafam : nous n'avons pratiquement plus de patients au long cours à l'hôpital. Depuis très longtemps, nous avons fait un travail pour faire sortir tous les patients qui devaient sortir, ce qui nous a été reproché par l'Igas, qui a appelé notre attention sur le fait qu'il ne fallait pas trop faire sortir les gens... Nous avons mené une enquête sur le secteur et il nous restait « trois patients au long cours » à l'hôpital et il y en avait 52 chez leurs parents. Nous nous sommes dit qu'il fallait anticiper, prévoir des possibilités d'hébergement, ne pas attendre que la situation soit infernale et préparer l'avenir de ces patients, que parfois, on ne connaît pas, mais que parfois aussi, on connaît. En tout cas, il y a une situation qui se pérennise au détriment de l'ensemble de la structure familiale.

La commission d'insertion par le travail et la formation professionnelle évolue dans un magma et un maquis absolument terrible. Nous avons affaire à des gens qui viennent nous aider parce qu'il y a des dispositifs extrêmement complexes que nous ne connaissons pas. Nous avons réalisé un travail très important avec des institutions spécialisées dans le Val-de-Marne sur d'autres projets de réinsertion comme les « ateliers vivre », le plan de cohésion social, avec les missions Civis, que nous ne connaissons pas et qui sont extrêmement intéressants... Cela permet de regrouper quantité de dispositifs qui existent, mais que l'on ne connaît pas et donc, que l'on n'utilise pas. On peut ainsi rencontrer des gens qui les connaissent bien, qui ont des besoins, des places et des financements mais qui ne savent pas comment répondre à des patients... J'ai vu un homme qui avait fait des études supérieures et « on » pensait qu'il ne pourrait plus retravailler parce qu'il avait été hospitalisé d'office – on disait cela de cette façon, à l'époque. On ne lui proposait aucune formation, aucune possibilité. Nous avons pu faire bouger les choses, mais c'est très large : ce n'est plus le conseil local au niveau de nos quatre communes. Nous sommes obligés d'élargir le partenariat dans les commissions et de faire

venir ou de visiter des intervenants pour qu'ils nous expliquent tous ces dispositifs.

La commission d'accès à la culture et aux loisirs répond à l'idée que la vie, c'est aussi la culture, les loisirs, le lien social, c'est aussi sortir avec des amis. Il s'agit d'ouvrir d'autres lieux au patient. Avec les structures de la ville, nous avons eu des échanges extrêmement riches. Nous nous sommes aperçus que beaucoup de choses se faisaient, que certaines structures envisageaient d'ouvrir les activités dans la journée, notamment pour les femmes isolées. Nous avons pu monter un peu partout des activités avec beaucoup de personnes de bonne volonté : gymnastique, peinture, lecture, écriture. Cela s'est fait assez facilement, y compris dans des partenariats avec des structures de soins, des expositions dans la ville qui ont eu beaucoup de succès et des travaux qui ont été édités.

Parmi les réalisations du conseil, il y a eu la création d'un GEM, le « social art postal club », en 2005, avec l'Unafam, un partenaire associatif – l'Élan retrouvé – et l'hôpital. Je signale à l'occasion qu'une convention de partenariat que nous avions élaborée ensemble n'a pu aboutir parce que l'hôpital ne l'a pas signée. Nous sommes manifestement toujours dans l'hospitalo-centrisme... Nous avons créé un SAVS en 2007 avec l'appui du conseil général, l'Élan retrouvé, encore une fois, et deux autres secteurs de l'hôpital Paul Guiraud, puisque c'est un projet commun. Actuellement, nous conduisons un projet de construction d'une résidence d'accueil de 27 places qui ouvrira en 2013 à Choisy-le-Roi, avec l'appui du conseil général, de la ville, du secteur et de l'Unafam. À ce propos, je tiens à dire que la rencontre de Robert Caulier (UNAFAM) a été exceptionnelle. C'est un partenaire actif avec lequel nous avons pu monter des projets, partager le désir, l'envie de faire des choses.

«• Claude Finkelstein

Ils sont tous comme lui.

«• Jean-Louis Lavaud

Cela n'a pas toujours été comme cela, alors.

La mobilisation fait tache d'huile. Auparavant, la Ddass finançait, nous finacions les projets des gens qui en avaient. Elle ne finançait évidemment pas ceux qui n'en avaient pas et qui ne demandaient rien. Quand les gens qui avaient des projets les réalisaient, il y avait un effet d'entraînement. Lorsque nous voulions faire venir de jeunes collègues, il fallait leur dire qu'il y avait des choses qui se passaient. Nous avons donc créé un réseau dans l'ouest du Val-de-Marne, qui concerne les six pôles du Val-

de-Marne. Sur le modèle du conseil local de santé, nous avons constitué un conseil des pôles. Nous nous réunissons tous les quinze jours avec les collègues, les cadres supérieurs, etc. Le projet de réseau que nous avons monté est finalisé. Il associe les six pôles autour de trois axes essentiels : l'articulation avec le secteur médico-social, la prise en charge des personnes âgées avec unité mobile et enfin, la précarité et l'accès aux soins. C'est l'extension de ce qui avait été amorcé avec le Conseil général.

La prise en charge des personnes âgées avec unité mobile a commencé. Chaque secteur continuera à s'occuper des personnes âgées avec une centralisation. Nous avons créé, dans le cadre du centre d'accueil et de crise de Choisy, qui avait pu se construire grâce à l'aide des élus de Choisy – les riverains n'étant pas toujours favorables à ce genre de structure –, une unité mobile d'évaluation, de soins, d'orientation et d'accueil. Lorsque que quelqu'un est enfermé chez lui ou qu'un jeune commence à aller mal, en général, il ne vient pas tout seul. Si nous n'y allons pas, personne n'y va et la situation se dégrade. Cette unité mobile, qui fait aussi le lien avec deux SAU, fonctionne à partir du centre d'accueil et de crise, c'est-à-dire un lieu de soins avec hospitalisation de jour ou de nuit, à temps plein, avec consultations d'urgence dans la cité. Il y a deux ans, à l'époque où Fadela Amara était encore au ministère, nous avons eu une inspection d'une mission de la politique de la ville sur l'accès aux soins dans les quartiers défavorisés en matière de cancer et de santé mentale. L'expert avait conclu qu'il fallait développer les centres d'accueil et de crise dans les secteurs défavorisés, puisqu'il n'y avait plus d'offre de soins libérale – il n'y avait plus de psychiatres privés, il n'y avait que le secteur public –, ainsi que les Conseils locaux de santé mentale. Résultat : mon centre d'accueil et de crise est fermé chaque année au mois d'août. C'est la période où il n'y a plus personne pour accueillir les patients. Tous les ans, on me le ferme. J'ai demandé que l'on me ferme plutôt une dizaine de lits à l'hôpital que sur le secteur, et le dernier projet que l'on m'a proposé était celui d'une fermeture complète avec une unité d'accueil de jour comme un CMP, ce qui signifie revenir dans le délai d'attente habituel des CMP : au mieux quinze jours et souvent, deux mois – quinze jours correspondant au vœu pieux d'une perspective d'évolution et d'amélioration au niveau national. Avec le centre d'accueil et de crise, les gens sont accueillis dans la journée ou au plus tard, le lendemain. Donc, tout le monde appelle le centre, qui est le lieu pivot, sur un secteur aussi difficile.

Nous avons choisi d'appeler notre réseau « Orignal ». L'Orignal est un grand élan. Nous nous sommes dit qu'après l'Élan retrouvé, nous partions sur un nouvel élan.

Par ailleurs, dans le cadre des prochains Contrats Locaux de Santé des

ARS, la ville de Choisy a posé sa candidature. Un diagnostic local de santé est en cours et nous allons continuer à y travailler avec les élus de Choisy-le-Roi.

«• **Pauline Rbenter**

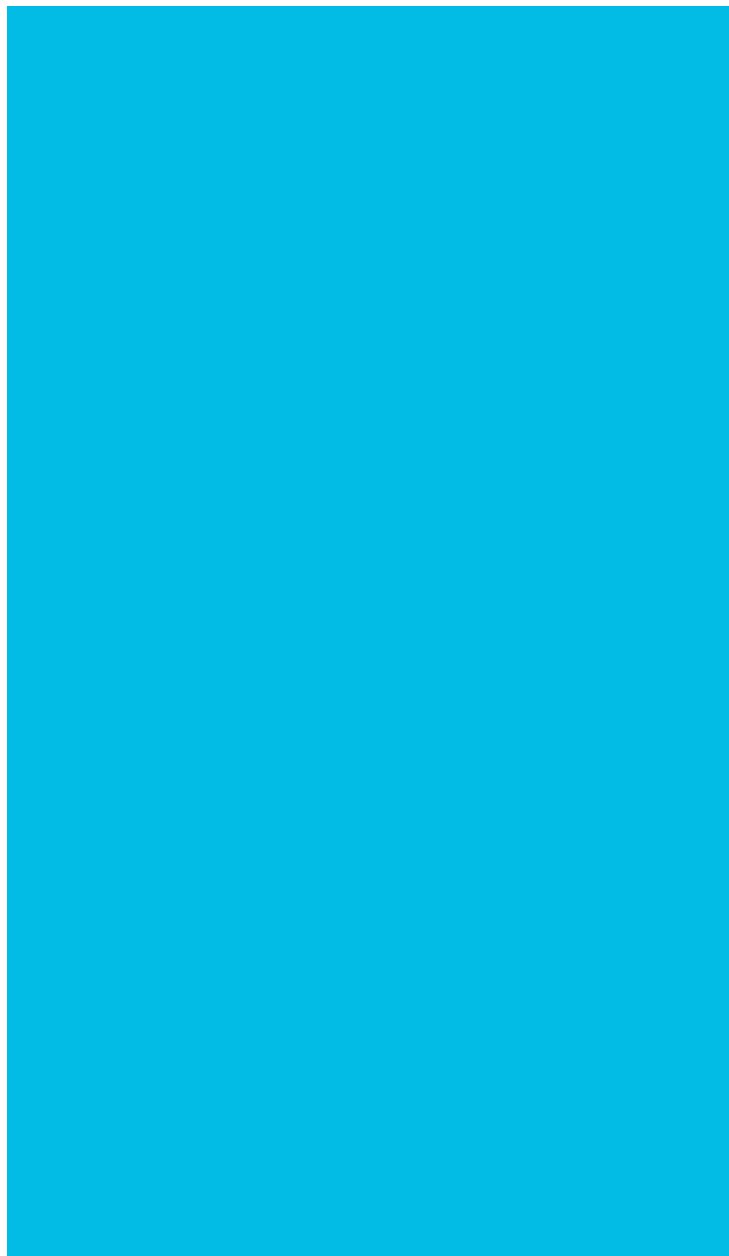
Merci pour cette présentation très riche et très intéressante, qui montre la diversité des traductions concrètes possibles d'une dynamique de Conseil local de santé mentale, qui peut se décliner autant en projets d'offre médico-sociale qu'en projets culturels.

Votre intervention soulève de manière criante la question du statut des Conseils locaux de santé mentale. De nombreux conseils sont adossés aux initiateurs du conseil local. Certains sont adossés sur des villes qui ont des traditions de santé publique et leur coordinateur est une personne qui est déjà intégrée au service de santé publique. C'est ce que disait Françoise Gaunet-Escarras pour la ville de Marseille: cela ajoute des missions sans ajouter de moyens au niveau du service de santé publique. Chacun, ici, connaît sans doute d'autres expériences que les siennes. Je reconnais beaucoup de personnes que j'ai rencontrées dans différentes villes et qui savent que les coordinations techniques des Conseils locaux de santé mentale dépendent énormément de la genèse du conseil. Globalement, il y a trois types de coordination technique, quand elle existe: ou bien elle est adossée au service de la ville, ou bien elle est assurée par quelqu'un de l'hôpital, ou bien il s'agit d'un montage avec un mi-temps de l'hôpital et un mi-temps de la ville. Cela pose la question du statut du conseil local. Je pense que l'on n'a pas intérêt à lui donner un statut univoque, mais plutôt des principes de fonctionnement. En lui donnant un statut unique, on barrerait la route à des possibilités de création de conseils locaux à certains endroits.

Je vous propose de prendre quelques minutes pour échanger avec la salle.

«• **Laurent El Ghozi**

Nous allons garder nos questions pour le début de l'après-midi. Je suggère surtout que vous réfléchissiez aux recommandations que nous pourrions faire collectivement aux ARS et au ministère sur ces questions.



/// Table ronde : La prévention

«• **Brigitte Raynaud**, *secrétaire générale du Conseil national des villes*

Nous commençons cet après-midi par une table ronde consacrée au sujet de la prévention. Après tout ce que nous avons déjà entendu ce matin, nous comprenons que le sujet est vraiment d'une importance majeure dans ce domaine.

Un mot sur le Conseil national des villes, qui est une instance consultative sur la politique de la ville et les réformes à mener en faveur des banlieues. Elle est présidée par le Premier ministre et co-présidée par deux élus locaux : la maire adjointe de Rennes, Nathalie Appéré, que je remplace pour animer cette table ronde car elle a eu un empêchement de dernière minute, ainsi que Xavier Lemoine, vice-président du CNV et maire de Montfermeil.

Au sein de notre instance, composée de 55 membres, nous avons 25 élus locaux ou nationaux. C'est le premier collège, dont fait partie Françoise Gaunet-Escaras. Le deuxième collège est composé de représentants d'associations et de syndicats et le troisième, d'experts. Jean-Luc Roelandt fait partie de ce troisième collège. Nous avons donc cette chance de compter parmi nos membres deux de vos intervenants et organisateurs de cette journée. C'est vraiment une chance pour le Conseil national des villes, qui, grâce à eux, s'est emparé de la question de la santé déjà tout au long de l'année 2011 et qui a formulé un premier manifeste – c'est une étape – sur le sujet, qui énonce quelques préoccupations que je ne détaillerai pas ici, puisque ce n'est pas mon rôle dans le cadre de cette table ronde. Mais vous pouvez les consulter, puisque ce manifeste est joint à votre dossier de participant.

Nous nous sommes saisis de cette question de la santé et de la santé mentale parce que nous avons estimé, à juste titre, qu'elle irradiait toutes les autres : l'éducation, l'emploi, le logement, la rénovation urbaine..., tous ces sujets qui sont les nôtres au quotidien. Nous avons donc jugé utile de nous autosaisir de cette question, d'aller un peu plus loin en organisant, le 16 décembre 2010, un kiosque, un débat avec le Conseil d'analyse stratégique, autre instance placée auprès du Premier ministre. Le CNV peut donc – et c'est d'ailleurs sa mission – non seulement conseiller le gouvernement, mais relayer également des journées comme celle que vous organisez aujourd'hui, qui est parfaitement intéressante, et les recommandations que vous en tirez vous-mêmes. Nous pouvons relayer tous ces débats et les enseignements qui peuvent en émerger. Nous sommes à la disposition des organisateurs pour envisager, dans le courant

de l'année 2012, d'autres forums et faire passer d'autres messages, en dehors et à côté de notre rôle de conseil du gouvernement au sens large.

Le sujet est d'actualité non seulement par rapport au plan national qui est en cours d'élaboration, mais également par rapport à la contractualisation. Les futurs contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) verront une évolution en 2014. D'ici là, le Conseil national des villes travaille sur l'expérimentation qui a été lancée par le Premier ministre l'année dernière sur 33 sites. Vous allez malheureusement être déçus, parce qu'elle porte sur les trois sujets de l'éducation, du travail et de la sécurité. La santé n'est pas inscrite au programme. Néanmoins, nous relevons et nous portons le message que le sujet de la santé émerge des municipalités, qui s'en sont emparés et qui œuvrent à la question de la santé dans le cadre de cette expérimentation.

Nous représentons les villes et nous essayons de sensibiliser les maires et les élus sur les questions de la santé et en particulier de la santé mentale. Nous sentons, comme le disait ce matin Françoise Gaunet-Escarra, qui est optimiste, une certaine motivation des élus. Il faut donc continuer dans ce sens ; c'est aussi notre rôle.

Quatre présentations très intéressantes seront livrées au cours de cette table ronde sur la prévention des situations d'urgence et des risques, ce qui suppose non seulement de pouvoir les détecter, mais également de pouvoir les traiter avec une formation adéquate, notamment des acteurs et des professionnels.

Nous allons commencer en faisant en quelque sorte le tour de la France avec Mathieu Fortin, coordinateur de santé à Villeurbanne, qui va nous exposer la situation de cette ville et qui fera en particulier un focus sur la formation des acteurs en présentant une formation-action qui a été mise en place et qui est fort intéressante.

Cycle annuel de formation « précarité et souffrance psychique » pour les acteurs de première ligne

«• **Mathieu Fortin**, coordonnateur santé à Villeurbanne

> Voir présentation
des documents de
Mathieu Fortin
accompagnants cette
intervention p. 26-32
des diaporamas

Villeurbanne, au cœur de l'agglomération lyonnaise, compte 144 000 habitants. La ville est membre du Réseau français des Villes-santé de l'OMS depuis 1991.

Pour illustrer notre Conseil local de santé mentale, il m'a été demandé de vous présenter notre cycle de formation autour du champ de la précarité et de la souffrance psychique. J'ai intitulé ma présentation : « Prévention des processus d'exclusion : le CLSM, une dynamique aux frontières des pratiques professionnelles ». Elle va faire écho à ce qui a déjà été évoqué ce matin.

Il a fallu six ans de réflexion pour mettre en œuvre notre Conseil local de santé mentale, dont les prémices remontent à l'an 2000. C'est en mars 2006, notamment dans le cadre de la Semaine d'information sur la santé mentale (Sism), qui avait pour thématique « la santé mentale dans la cité », que nous avons véritablement constitué notre CLSM.

Nous avons par ailleurs engagé une démarche d'Atelier santé ville (ASV) en 2002. Les diagnostics des ASV ont permis, dans une certaine mesure, de légitimer la mise en œuvre d'un CLSM.

Au sein de notre Conseil, nous avons une assemblée plénière annuelle et un comité technique, qui regroupe les institutions principalement concernées dans le champ de la santé mentale. La Ville de Villeurbanne fait partie du comité d'organisation de la Sism à l'échelon départemental. Nous avons différents groupes de travail, des commissions thématiques, à l'image d'autres CLSM qui ont été présentés ce matin, dont une Commission « précarité et souffrance psychique ». Elle réunit différents partenaires : le Département, l'ARS, des associations, le secteur de psychiatrie, les centres sociaux et des services de la Ville.

Nous avons travaillé sur un certain nombre de constats à travers une recherche-action, en 2005, donc, avant la constitution du CLSM : nous n'avons pas attendu sa création pour entreprendre des actions. Cette recherche-action a bien mis en exergue les liens entre les souffrances psychiques et la vulnérabilité sociale de certains individus, sachant qu'il y a de nombreuses manifestations et qu'elles ne sont pas toujours identifiables par les différents professionnels qui rencontrent ces personnes. Ce sont de véritables obstacles à l'accompagnement des individus. Nous avons aussi relevé des difficultés de prise en compte de ces manifestations

observées. Au niveau de la psychiatrie, on est psychiatre et non assistante sociale et au niveau du secteur social, on est assistante sociale, mais non psychiatre. C'était le fameux jeu de la « patate chaude ».

Ceci renvoie forcément aux limites des champs d'intervention : quelle est la légitimité, au regard des référentiels de métiers, d'approcher les différentes problématiques autour de la souffrance psychique liée à la précarité ? Un autre constat a également été remonté : les acteurs de terrain ne sont pas formés pour gérer ce genre de difficultés ou de situations. Il en découle aussi des difficultés pour orienter parce que les ressources locales sont souvent peu identifiées par les différents acteurs et que par ailleurs, le turn-over des professionnels sur le territoire est important.

Suite à cette recherche-action, nous avons essayé de constituer un plan d'actions partagé, avec différents objectifs. Après des professionnels, nos objectifs consistaient avant tout à favoriser une culture commune, à rendre visibles et lisibles les réponses existantes ainsi qu'à qualifier et outiller les acteurs de première ligne. Après des publics accompagnés, nos objectifs étaient de fluidifier les parcours de prise en charge, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur social, et de prévenir des processus d'exclusion, voire d'auto-exclusion.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons organisé, en 2007, conjointement avec les partenaires de cette Commission, une journée de sensibilisation ouverte à un large public, au cours de laquelle nous avons pu mettre en débat les enjeux de précarité et la souffrance psychique, le contexte et l'évolution des politiques publiques dans ce champ et les ressources locales mobilisables à Villeurbanne à travers un forum et des stands d'information.

Depuis 2009, nous avons un cycle de formation-action destiné aux professionnels de première ligne. C'est cette expérience que je vous présente aujourd'hui. Les objectifs de cette formation sont les suivants :

- connaître, qualifier et partager les notions de souffrance psychique et de maladie mentale par rapport à la précarité ;
- repérer les problématiques, en tenant compte des parcours des usagers ;
- qualifier une problématique donnée, en déduire les freins et proposer des leviers de l'accompagnement de façon partenariale ;
- identifier les ressources locales existantes et mobilisables pour une orientation adaptée si nécessaire.

S'agissant de la méthode, nous disposons d'un vivier de 300 personnes qui pourraient être concernées à Villeurbanne – sachant que nous ne

formons que vingt professionnels par session et par an. Ils proviennent du champ du social, de l'insertion par le logement, de l'insertion socioprofessionnelle, des soins psychiques, des soins ambulatoires et des établissements de santé.

Nous avons la chance d'avoir un bon partenariat pour cette formation, qui est co-animée par la conseillère technique sociale du Département du Rhône, donc, au niveau des services centraux, et par la responsable médicale du CMP de Villeurbanne, le Centre hospitalier de psychiatrie publique « Le Vinatier », dont nous dépendons.

Les intervenants proviennent du terrain. Ils dépendent du Département, de l'hôpital, de structures associatives du champ sanitaire psychiatrique et du champ de l'insertion ainsi que des centres sociaux et des services municipaux.

En matière de financement – le nerf de la guerre –, c'est en 2011, pour la troisième année du cycle de formation, que l'ARS Rhône-Alpes a participé pour la première fois au financement de cette action, à hauteur de 30 %.

Ce temps de formation s'organise en cinq modules sur deux jours consécutifs. Ces modules ont été formalisés à partir d'un guide qui est relativement ancien, qui a été édité par le ministère chargé de la Santé et qui s'appelle *Souffrances ou troubles psychiques: rôle et place du travailleur social*. Nous abordons la souffrance psychique en lien avec la précarité et l'exclusion, la prise en compte des manifestations pathologiques, les relations partenariales, avec le rôle et limites de chaque professionnel et les questions d'orientation. Enfin, nous avons complété ces modules par des « ateliers des pratiques », avec des sous-groupes de cinq professionnels, qui durent un peu plus d'une demi-journée. C'est dans ces ateliers des pratiques que les participants partent de leur situation individuelle de professionnel et deviennent en quelque sorte formateurs pour les autres participants.

Les outils pédagogiques sur lesquels nous nous appuyons constituent un dossier du participant qui reprend les différentes présentations des intervenants, le guide national que je viens de vous citer ainsi qu'une fiche de mise en situation qui prépare l'atelier des pratiques, la veille. Nous mettons à leur disposition une fiche sur les ressources locales en santé mentale et des brochures institutionnelles.

En trois ans, 52 participants ont bénéficié de cette formation. Ils sont majoritairement issus du secteur social. Le secteur du soin ne représente que 10 %. Les autres émanent des services municipaux qui peuvent être

concernés par ces dynamiques, notamment le Service de santé environnementale, qui traite de l'hygiène de l'habitat et qui est souvent confronté à des situations sociales difficiles et à des souffrances psycho-sociales.

Nous avons également interrogé les participants sur leurs motivations et leurs attentes, lors de l'inscription, ce qui permet de placer cette action au sein du CLSM et dans les objectifs que peut avoir un CLSM. 50 % d'entre eux attendent avant tout de cette formation un partage d'expériences et des échanges de pratiques, 44 %, de rencontrer les acteurs et de rendre le réseau lisible – donc, de savoir qui fait quoi – et 29 %, de pouvoir outiller leurs pratiques professionnelles.

Lorsqu'on les interroge après la formation pour leur demander de la qualifier, 79 % d'entre eux estiment qu'elle leur a permis d'améliorer leurs connaissances et 42 %, d'acquérir un état d'esprit – cet item est assez intéressant. 94 % des participants pensent pouvoir utiliser les acquis de cette formation dans leur activité professionnelle et 79 % estiment qu'ils pourront compléter les acquis de cette formation par leur pratique.

Nous avons relevé un point faible, la densité du programme sur une courte durée – deux jours pour cinq modules, c'est assez lourd –, mais aussi quelques points forts : la mise en place des ateliers des pratiques, le fait que les intervenants soient des intervenants de terrain et non des universitaires, des intervenants dans une approche de savoir – en l'occurrence, il s'agissait davantage de savoir-faire et de pratiques. Enfin 100 % des participants conseilleraient cette formation à leurs collègues. Nous allons utiliser cet élément pour développer le réseau.

S'agissant des perspectives, nous allons reconduire le cycle en 2012 et essayer d'entretenir ce réseau de professionnels formés, dont le nombre commence à devenir intéressant, pour partager des actualités locales en termes d'actions, de coordonnées des référents, puisque le turn-over des professionnels est important au sein des institutions. Nous allons aussi expérimenter, au 2^e semestre, un temps de rencontre avec les 52 professionnels formés. Parallèlement, la Commission va réfléchir à l'adaptation d'un dispositif de coordination opérationnelle autour des souffrances psycho-sociales en lien avec les troubles du voisinage, qui est en place depuis 2010, à d'autres situations particulières. Ce dispositif traite de situations individuelles non urgentes à Villeurbanne. Nous avons une convention qui réunit le Département, le Centre hospitalier, les bailleurs sociaux et la Ville et qui permet de construire ce dispositif, et nous avons 17 signataires autour d'une charte de participation sur ce dispositif.

Pour ne pas conclure..., je dirai que cette formation-action est une action de qualification aux frontières des pratiques professionnelles qui permet

de fluidifier les accompagnements et les parcours de santé – et non les parcours de soins – des habitants et qui offre un processus d’alerte précoce, notamment dans le champ de la prévention des processus d’exclusion. C’est un exemple de déclinaison territoriale de politiques publiques, que ce soit dans la lutte contre la précarité ou dans le champ de la santé mentale, et qui peut être mis en œuvre dans le cadre d’un CLSM.

«• *Brigitte Raynaud*

C’est une présentation intéressante d’une formation qui génère en même temps le partenariat et le réseau. Nous pourrions en discuter après les autres exposés. Nous allons passer tout de suite à Aubervilliers avec Pilar Giraux, qui va nous parler, au-delà de l’Atelier Santé Ville, nous parler plus précisément d’un Résad, Réseau d’évaluation de situations d’adultes en difficulté, avec en particulier l’évaluation qui en a été faite.

Les réunions d'évaluation de situations d'adultes en difficulté : genèse et évaluation du Résad

«• *Pilar Arcella-Giroux, psychiatre de santé publique à Aubervilliers*

Je commencerai par rappeler le contexte à Aubervilliers, qui est une ville plutôt jeune et plutôt pauvre, à la frontière de Paris. 44 % des ménages ne sont pas imposables et un tiers de la population est étrangère, comme moi. Je ne m'attarderai pas sur l'Atelier Santé Ville, qui est le cadre dans lequel nous avons mis en place les Résad d'Aubervilliers. Les cinq objectifs définis en 2000 pour la note conjointe DIV/DGS du 13 juin 2000 relative aux Ateliers Santé Ville peuvent être résumés par l'idée de travailler pour réduire les inégalités de santé. J'attire votre attention, cependant, sur deux objectifs. D'abord, celui de « Faciliter la mobilisation et la coordination des intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux », parce que c'est surtout sur cet objectif que s'axe la Résad, et ensuite, celui de la participation active de la population à toutes les étapes des projets que nous mettons en place au niveau local.

Françoise Gaunet-Escarras évoquait ce matin les territoires pilote de l'Atelier Santé Ville et en particulier, Marseille. Il y avait aussi cinq villes en Seine-Saint-Denis •, dont Aubervilliers, ainsi que Martignes et Salon-de-Provence en Provence-Alpes-Côte d'Azur. À cette époque, tout un accompagnement avait été prévu par la DIV avec l'association Rescom, qui n'existe plus. C'était en 2001 et je n'étais pas moi-même dans le service communal d'hygiène et de santé, qui est le porteur de l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers. Il y avait deux médecins de santé publique, Luc Ginot et Fabienne Béjanin, qui avaient animé le groupe de travail avec les professionnels. À la question sur ce qu'ils voulaient faire de cette opportunité que représentait l'Atelier Santé Ville pour travailler ensemble, les professionnels ont répondu qu'ils souhaitaient travailler sur la santé mentale en priorité, et immédiatement. C'était d'abord en raison du jeu de la patate chaude qui arrivait avec quelques situations concernant la santé mentale, mais aussi pour innover, se placer au plus près des publics et pour prendre en compte au mieux les conditions de vie particulièrement précaires auxquelles nous sommes confrontés à Aubervilliers. La Résad est la première action que nous avons menée. J'en profite pour saluer Nathalie Christodoulou, qui est dans le public et qui l'une des membres fondatrices de la Résad. Moi, j'ai trouvé le bébé déjà fait... Ceci dit, ce n'était pas très facile, à l'époque. Aujourd'hui, quand on le présente, cela semble aller de soi, mais mettre ensemble le service social, la psychiatrie, le médecin du centre municipal de santé, le réseau Ville-hôpital, l'insertion et ceux qui travaillent avec les personnes âgées pour discuter

> Voir présentation des documents de **Pilar Arcella-Giroux** accompagnants cette intervention p. 34-40 des diaporamas

• Les autres villes étaient Le Blanc-Mesnil, Dugny, Clichy-sous-Bois, La Courneuve et Pierrefitte-sur-Seine

de situations concrètes n'avait rien d'évident. Il y avait toute la question du partage des informations, du partage des décisions... Au début, cela a tenu à une volonté très forte de trois ou quatre personnes, dont Marie Perrier qui est la directrice adjointe du Service social municipal d'Aubervilliers et Nathalie Christodolou qui était le psychiatre responsable du Centre d'accueil et de crise du secteur de psychiatrie adultes.

Il faut noter que le groupe de travail organisé par l'ASV a mis en place plusieurs actions. Dans l'ordre chronologique, la Résad date de 2001. En 2003, nous avons travaillé à un séminaire sur les souffrances psychiques liées aux violences chez les adolescents, qui a été suivi par d'autres actions de prévention de la violence. En 2003-2004, nous avons mis en place, avec Christelle Berthon, une action de santé communautaire dans les quartiers nord de la ville, où il y a maintenant un comité de santé des habitants. En 2006, le Conseil local de santé mentale a été constitué. La même année, nous avons commencé à travailler avec les familles et les mamans d'enfants de moins de trois ans dans un quartier de la ville dans le cadre d'un programme de promotion de la santé mentale pour les enfants de moins de 3 ans. Cette année, notre action a porté sur la prévention du suicide.

Le « R » de Résad, chez nous, ne correspond pas à « réseau », mais à « réunion ». C'est une réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté. Elle se tient le premier jeudi de chaque mois, de 14 à 17 heures. Nous consacrons une heure par situation. Il n'y a pas de compte rendu, mais il est bien sûr nécessaire que la personne et/ou sa famille valide le fait de présenter sa situation et nous avons l'obligation de faire auprès d'eux une restitution, parce que sans leur validation des propositions émises, nous ne pouvons pas agir. La formalisation se fait par le biais d'une fiche synthétique qui reprend les conclusions de la réunion et qui est transmise aux professionnels à la fin de la réunion.

La Résad des adultes et jeunes adultes fonctionne sur la base d'un comité permanent, auquel s'ajoutent, pour les personnes âgées, les structures qui travaillent auprès de celles-ci. J'attire votre attention sur la présence du réseau Ville-hôpital. C'était notre stratégie pour associer les médecins de ville.

Les objectifs de la Résad sont vraiment des objectifs de coordination. Nous ne sommes absolument pas dans l'analyse pratique ni dans la formation. Nous sommes là pour analyser des situations psycho-sociales complexes dans lesquelles les difficultés s'imbriquent : difficultés sanitaires, difficultés sociales... On sait très bien qu'aucune structure ne peut intervenir toute seule. C'est complètement illusoire, précisément en rai-

son de cette imbrication. Dans ces réunions, nous essayons de définir les orientations de travail les plus adaptées pour chaque situation. Nous avons aussi l'objectif de renforcer les liens institutionnels.

S'agissant des outils, nous avons mis en place un manuel de procédures, nous utilisons une grille de lecture et ce tableau récapitulatif que j'évoquais : la fiche remise en fin de réunion. Une semaine plus tard, les professionnels ou acteurs associatifs qui vont intervenir reçoivent un tableau dans lequel on rappelle qui s'est engagé, à quoi et quand.

Tout cela a été évalué, grâce au soutien du conseil général de Seine-Saint-Denis. Le cabinet *Agence Conseil Développement Collectivités, ACDC*, a passé une année à évaluer la Résad. Je vais vous présenter ses conclusions.

La Résad n'a pas une action énorme du point de vue quantitatif. La moyenne annuelle des situations présentées est de 23 et le logement est très représenté dans les catégories de problématiques – ce n'est pas une découverte. 45 professionnels en moyenne sont demandeurs chaque année, dont la moitié d'assistantes sociales. Qu'est-ce qui fait qu'un professionnel prend son téléphone et appelle l'Atelier Santé Ville pour dire qu'il souhaite soumettre une situation à une Résad ? C'est en général parce qu'il souhaite associer d'autres professionnels au suivi de la situation. Cela correspond complètement aux objectifs. Mais il y a deux autres motivations qui, pour nous, ont été une surprise, parce que cela ne figurait pas dans les objectifs. C'est d'une part l'idée d'alerter le réseau interprofessionnel sur une situation qui peut être dangereuse soit pour la personne elle-même, soit pour l'entourage, soit pour le professionnel. Et d'autre part, pour améliorer sa propre compréhension de la situation.

Les forces de la Résad qui ont été identifiées par l'évaluation sont les suivantes :

- une meilleure gestion de l'action, qui facilite la coordination et permet de réguler la manière dont les uns et les autres interviennent, d'inscrire les interventions dans le temps et de prendre un peu de recul sur le choix de ce que l'on va faire et la manière de le faire ;
- une formalisation nécessaire, avec une répartition des tâches, mais surtout avec une amélioration de la lisibilité de l'action, qui nous paraît très importante pour la participation de la personne, ensuite ;
- un partenariat plus organisé : nous nous connaissons mieux entre nous, à force de nous réunir et de nous écouter mutuellement, d'entendre comment nous intervenons dans une situation donnée.

Cela facilite aussi le recours aux professionnels des autres corps de métier ;

- une rupture de l'isolement des professionnels, que nous n'espérons pas encore ;

- une légitimation de l'intervention des professionnels, idée qui nous a surpris à l'époque de l'évaluation. Venir présenter ce que l'on fait, dire que l'on est bloqué – si l'on vient à une Résad, c'est parce que le réseau professionnel n'arrive pas à s'en sortir avec la situation qui est présentée –, expliquer ce que l'on a fait et pouvoir en discuter ensemble légitime, pour le professionnel, vis-à-vis de lui-même mais aussi de sa propre institution, le fait qu'un travail est accompli, que le blocage ne doit pas être considéré comme l'échec d'une personne, mais au regard des difficultés auxquelles on est confronté dans un réseau.

L'évaluation a également mis en lumière les limites de la Résad.

Tout d'abord, nous avons des degrés différents d'implication, avec une attente très forte des services sociaux et toujours le sentiment, pour les professionnels du social, que la réponse de la psychiatrie est décalée. Le temps social et le temps sanitaire sont différents. C'est très frustrant, quand on est confronté à des réponses en termes de logement qui, à Aubervilliers, correspondent jusqu'à dix ans d'attente. En revanche, pour les professionnels sanitaires, s'atteler à une problématique de rupture de soins, c'est souvent une affaire de quelques jours. Ce ne sont absolument pas les mêmes temps.

S'agissant de l'apport de la Résad à la personne dont la situation est présentée, il est très difficile de savoir s'il y a quelque chose qui change pour celle-ci. Il aurait fallu faire une évaluation d'impact. C'est très cher et ce n'était pas le but de cette évaluation, qui devait évaluer la Résad par rapport à ses objectifs. On imagine néanmoins qu'il n'y a tout de même pas de changements énormes dans la vie de tous les jours de la personne. Les situations examinées en Résad sont des situations extrêmement complexes.

La participation des médecins de ville n'est pas suffisante. Nous avons eu le soutien du conseil général pour pouvoir dédommager les médecins de ville qui viennent à la Résad. Nous avons créé un créneau horaire à 13 heures pour qu'ils puissent venir au moment du déjeuner, mais cela reste tout de même très compliqué. En général, ils participent de manière décalée, c'est-à-dire au téléphone, soit avec moi, soit avec les médecins participant au comité de membres permanents, surtout le médecin du réseau Ville-hôpital, qui fait l'interface entre la Résad et les médecins

libéraux.

La question de l'absence de formalisation du retour sur le suivi reste à discuter. Elle apparaît parce que les professionnels l'ont fait apparaître. Mais il y a un professionnel qui souhaiterait une sorte de contrôle de ce qu'il a été décidé de faire à la Résad. Je ne suis pas sûre que ce soit souhaitable.

S'agissant des effets induits et non prévus des Résad, en matière d'organisation et de fonctionnement des services, nous ne l'avions pas imaginé, mais la Résad a eu des effets sur les services, notamment sur le secteur psychiatrique adulte, avec une ouverture des équipes de soins à domicile, qui font maintenant des évaluations conjointes avec les travailleurs sociaux. Il y a vraiment une manière plus fluide de travailler.

Les travailleurs sociaux ont demandé une Résad sociale, sans médecin, tellement l'accès aux aides sociales est complexe aujourd'hui. L'intervention sociale est extrêmement morcelée.

Nous avons malheureusement des situations inextricables pour lesquelles le réseau se trouve à court de ressources parce qu'il n'y a pratiquement pas d'outils sur le terrain. Il nous est apparu comme particulièrement difficile la situation des personnes jeunes qui sont gravement atteintes au niveau neurologique – et non psychiatrique –, pour lesquelles nous avons vraiment des difficultés à trouver des réponses en Seine-Saint-Denis. Cela nous permet de faire un peu de lobbying sur cette situation, puisqu'elle est maintenant identifiée.

J'insiste sur le fait que le rôle de l'Atelier Santé Ville n'est pas un rôle de coordination. La coordination est l'harmonisation des fonctions des services: on met les wagons ensemble. C'est ce que l'on appelle le sens fonctionnaliste. Je pense qu'à l'Atelier Santé Ville, nous avons plutôt un rôle de médiation, dans lequel nous allons donner un sens politique à l'intervention en essayant de trouver comment on peut harmoniser les logiques et les intérêts de chaque structure participante, comment nous pouvons parvenir à nous mettre d'accord sur ce que nous souhaitons pour notre ville, pour nos citoyens qui sont, pour les uns, les locataires, pour les autres, des patients, pour d'autres encore, des clients, etc. L'Atelier Santé Ville encourage les professionnels à prendre des risques, à oser l'incertitude en créant quelque chose de nouveau, en renouvelant ses savoirs. Et les professionnels acceptent de prendre ces risques car ils le font ensemble. On ne sait pas si cela va marcher, et on assumera ensemble la nécessité de corriger le tir le cas échéant.

«• *Brigitte Raynaud*

Merci pour cette présentation rapide et concise de la Résad, qui est très intéressante, surtout dans ce site emblématique de la politique de la ville qu'est Aubervilliers. Votre analyse de l'Atelier Santé Ville, avec la longue expérience que vous en avez, est sans doute à méditer.

Patricia Saraux, qui est médecin et directrice de la santé publique à Nantes, après avoir été à Brest, va évoquer l'historique de l'émergence du réseau de santé mentale à Nantes, ses perspectives, aujourd'hui, avec un éclairage particulier sur deux outils à la fois de prévention et de concertation : la médiation et les points de secteur, qui ont été évalués, comme dans la présentation précédente. C'est un élément important parce que c'est bien l'évaluation qui permet de convaincre, si c'est nécessaire – et c'est toujours nécessaire –, et surtout, de pérenniser au niveau financier.

Points de secteur et médiation

«• **Patricia Saraux**, médecin de santé publique, directrice du service de santé publique à Nantes

Corinne Lambert, qui est la cheville ouvrière du Conseil local de santé mentale à Nantes, est dans la salle et pourra compléter mon propos.

En introduction, je voudrais dire, à propos de santé mentale et du citoyen porteur d'une telle maladie, que c'est une personne qui souffre d'une maladie chronique, avec des poussées, des moments de répit et des facteurs de gravité. Comme pour toutes les maladies chroniques, certaines ne sont pas trop graves, pas trop handicapantes, et d'autres le sont beaucoup plus. Et dans de nombreuses maladies comme le diabète ou le cancer, il y a des réseaux qui travaillent autour de ces pathologies. J'aime à le dire, parce que c'est une façon de dédramatiser le côté de la folie qui fait peur à tout le monde. Il s'agit d'un malade chronique dans la cité, avec un handicap qui touche le raisonnement et qui, parfois, pousse à prendre des décisions à la place du patient.

Il nous a été demandé de parler d'outils de prévention et notamment, des points de secteur qui existent à Nantes depuis de nombreuses années. Nous avons aussi souhaité vous parler de la médiation qui existe au niveau de la ville.

Historiquement, Nantes a un réseau de santé mentale depuis 1995, donc, bien avant beaucoup de ville et bien avant les Conseils locaux de santé mentale. Cette longévité entraîne des façons de faire et parfois, rend confortable ce genre de réseau pour les acteurs. Puisque cela fonctionne bien, que les choses roulent, pourquoi s'investir davantage...? Nous allons essayer de réveiller les acteurs qui se sont un peu endormi sur ce réseau et avec les exemples qui nous ont été donnés ce matin, nous sommes bien armées.

Comme tous les réseaux, nous fonctionnons avec des groupes de travail sur la santé, sur l'image de la santé, la communication, l'information ainsi que sur le maintien dans le logement. Pour ce dernier, nous disposons des deux outils que sont la médiation et les points de secteur.

Nous avons plusieurs partenaires. Les réseaux sont très riches en partenaires, mais dans les faits, qui vient régulièrement? Les gens ne s'engagent pas, ou alors ils s'engagent parce qu'ils en ont besoin, à un moment donné. Il n'y a pas ce côté collectif qui fait que l'on s'engage parce que les autres ont besoin de vous. C'est un constat que l'on fait partout.

> Voir présentation des documents de **Patricia Saraux** accompagnants cette intervention p. 42-46 des diaporamas

Ces outils que nous vous présentons ont fait l'objet d'une évaluation, ce qui n'est pas toujours le cas. C'est Corinne Lambert qui a procédé à cette évaluation. Nous ne travaillons que sur la ville de Nantes, qui est divisée en quatre secteurs psychiatriques, ce qui n'est pas forcément une chance. La ville compte près de 300 000 habitants ; c'est une grosse collectivité. Sur ces 300 000 habitants, il y a eu, en 2010, 124 médiations en santé mentale, 100 situations abordées dans les points de secteur et 19 concertations. Il y a eu 40 hospitalisations d'offices effectuées sur arrêté du maire, chiffre en très nette diminution.

La médiation répond à des plaintes adressées au maire ou aux services par courrier ou par téléphone. Il peut aussi s'agir de pétitions, d'interpellations de professionnels. Les demandeurs sont d'abord les bailleurs, puis, loin derrière, la police, pour 15 %, le service d'hygiène de la ville et, pour 8 % seulement, les voisins. Ce sont donc les bailleurs qui sont les plus demandeurs de cette médiation. Les motifs de ces appels sont, une fois sur quatre, des troubles de l'ordre public, une fois sur cinq, des troubles du comportement, puis, viennent les troubles du voisinage, l'insalubrité, pour 19 % des demandes et pour 3 % seulement, les expulsions.

Quelles sont les réponses apportées à ces demandes ? La médiation est une première étape. 80 % de ces interpellations rebasculent sur les points de secteur, parce que ce sont des situations que les professionnels ne peuvent pas régler seuls. Pour un tiers des situations, une visite à domicile est proposée. C'est la ville, avec ses deux services, celui de l'hygiène et la mission de santé publique, qui se déplace au domicile des personnes. Qui d'autre pourrait se déplacer à domicile ? Parfois, je m'interroge : nous ne sommes tout de même pas les seuls à pouvoir le faire. Cela repose la question du rôle et des missions de chacun. Quand un diabétique décompense, on ne pense pas forcément à appeler la ville, pour faire un parallèle avec une autre maladie chronique... 23 % des situations sont orientées vers le soin, 22 % vers un service social. Pour d'autres, ce sont les professionnels qui sont remobilisés autour de la situation. Et pour un certain nombre de cas, un soutien technique aux personnes elles-mêmes est nécessaire. Il y a également eu 19 concertations suite à ces médiations.

Les points de secteur sont plus importants. Ils sont organisés « entre » – et non « par » – le CHU, les bailleurs sociaux et la ville. L'objectif est d'aider à maintenir la personne dans le logement et d'améliorer le « bien vivre » dans son logement.

En 2010, 100 situations ont été présentées dans les points de secteur. Un tiers des personnes étaient déjà connues de la psychiatrie. 80 % sont en

isolement, ce qui renvoie à la précarité : les malades psychiques nous disent qu'ils sont isolés, qu'il s'agisse du milieu du travail, du milieu familial classique – très peu parviennent à construire une vie familiale durable – ou du milieu amical et social. 20 % des situations ont été abordées plusieurs fois dans l'année ; elles se répètent parce qu'elles sont difficiles : ce sont des malades qui ont une maladie beaucoup plus sévère que d'autres.

Les motifs sont les troubles du comportement, qui constituent la majorité des sollicitations, et pour quelques situations, des troubles du voisinage ou des troubles de l'ordre public. Ce sont vraiment les troubles du comportement dans le logement qui motivent généralement l'interpellation. Les réponses apportées sont l'orientation vers le soin pour un tiers des situations – ce qui montre que le soin n'est pas la seule réponse possible –, le rétablissement du lien avec les professionnels, l'orientation vers le social, le changement de logement, son nettoyage – l'insalubrité n'aide pas au bien-être dans son logement –, la demande d'un logement adapté. Seules 3 % des situations font l'objet d'un rappel à la loi. Mais il est vrai qu'une fois étiquetée « psy », une personne ne peut être délinquante ; elle n'est que « psy », tout le temps...

Le fonctionnement des points de secteur à Nantes est un peu compliqué, parce qu'il y a quatre secteurs autonomes, et autonomes les uns des autres. Ils n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et ne le veulent surtout pas. Tous les points de secteur sont gérés par la ville, ce qui impose seize réunions de points de secteur à Corinne Lambert. Les participants viennent plus ou moins régulièrement, en fonction de leur intérêt. Une charte éthique est établie, qu'il faut réactiver pour les nouveaux arrivants. Il n'y a pas de compte rendu des réunions, pour respecter la confidentialité. Le bilan est assuré par la mission de santé publique.

Nous avons essayé de faire ressortir les points positifs et les points négatifs.

Du côté positif, pour les professionnels, les points de secteur sont plutôt un bon outil. Ils ont l'impression de résoudre la problématique, ils partagent leur culture, ils ont une meilleure connaissance de ce que font les uns et les autres.

Du côté négatif, nous avons d'abord une préoccupation, mais elle n'est pas propre à Nantes : les personnes ne sont pas toujours informées. Nous avons du mal à faire en sorte que les personnes sachent que leur situation est évoquée lors de ces points de secteur. La majorité le sont sans doute, parce que les bailleurs peuvent les informer, mais pas toutes. Il convient de renforcer cet élément.

Nous rencontrons aussi des difficultés quand la personne présente en plus de l'isolement, des conduites addictives ; les réponses pour régler la problématique sont difficiles à apporter. Les troubles du comportement peuvent survenir lors des ivresses, et ce n'est pas forcément la maladie psychiatrique qui est en première ligne.

La culture de réseau fait défaut. Les partenaires se mobilisent surtout quand ils en ont besoin. Nous avons à travailler sur ce sujet.

Enfin, la dynamique est très fortement soutenue par la ville. Peut-être pour des raisons historiques, puisque c'est la ville qui a pris cette initiative, que cela existe depuis 1995...

S'agissant des perspectives, notre objectif est de parvenir à faire avec les partenaires et non de faire à leur place. Nous avons l'impression que par moments, nous comblons les trous. Le médecin généraliste ne veut pas se déplacer, parce qu'il « ne peut pas ». Le psychiatre ne peut pas non plus. L'assistante sociale, elle, ne le peut plus. Qui reste-t-il ? Celui qui est gentil, qui le fait et qui, lui, « n'en » peut plus... Il faut que chacun fasse sa part. Surtout quand il y a une organisation : je crois que l'on peut demander un peu plus aux uns et aux autres. Nous espérons vraiment que les ARS nous aident à redynamiser les partenaires, notamment au niveau des directions. Un directeur d'hôpital qui organise son service pour travailler dans ce cadre peut aussi impulser des choses. Nous croisons les doigts et nous espérons.

Nous allons aussi créer des outils de suivi des situations et nous nous inspirerons de ceux qui auront été présentés aujourd'hui.

Nous souhaitons aussi élargir à d'autres partenariats. Le conseil général est très peu présent. C'est une maladie handicapante, mais manifestement, le conseil général est très frileux à cet égard, et ce n'est pas uniquement le cas à Nantes, puisque c'était aussi le cas à Brest. Le CCAS, à Nantes, n'est pas non plus très mobilisé. Nous allons réactiver ces partenariats.

La formation des acteurs de proximité est également l'une de nos perspectives. Je m'appuierai sur l'expérience de Villeurbanne. J'ai bien fait de venir...

Enfin, nous devons travailler sur le projet des logements adaptés.

Ce sont tous les progrès que nous pouvons faire après dix-sept ans de réseau tout de même... Mais tous les acteurs s'accordent à dire que le travail de Corinne Lambert est formidable, ce que je confirme.

«• **Brigitte Raynaud**

Effectivement, ce sont beaucoup d'enseignements et d'expériences pour les autres, en direct.

Merci pour cette présentation des grandeurs et vicissitudes des points de secteur et de l'implication des villes. Je me demandais, à vous entendre parler des quatre secteurs de psychiatrie, à Nantes, s'il n'y aurait pas déjà besoin d'une petite médiation entre les quatre secteurs eux-mêmes...

Nous allons monter dans le nord, avec la ville de Tourcoing, qui est venue en force, avec deux personnalités : Alain Mezrag, qui est le maire adjoint délégué à la cohésion sociale, et Catherine Thévenon, psychiatre à l'hôpital Dron, pour évoquer un sujet particulier de la prévention, celui de la prévention du suicide, qui rappelle une réalité au plan national : un suicide toutes les quarante minutes, 10 000 morts par an, des familles endeuillées.

Vous allez nous parler de Tourcoing et de ce réseau qui existe depuis 1999, et plus spécialement, d'un projet qui s'appelle Chaîne de vie.

La prévention du suicide : formation des acteurs de terrain

«• *Alain Mezrag, maire-adjoint délégué à la cohésion sociale, Tourcoing*

> Voir présentation
des documents de
Alain Mezrag
accompagnants cette
intervention p. 48-55
des diaporamas

Je tiens à saluer les organisateurs, puisque ce type de manifestation aide les partenaires et les élus locaux à grandir. C'est un sujet qui n'est pas facile, on le sait. Ce matin, ont été évoquées un certain nombre de choses qui alertent souvent la population. Quand on parle de santé mentale, on parle de fous, il faut être honnête, et les fous, c'est généralement à l'asile qu'on les met. Mais quand on travaille dans l'esprit de la cohésion sociale, c'est une approche complètement différente qui nécessite de changer les mentalités. Certaines villes ont de l'expérience, pour avoir anticipé et travaillé avec l'ensemble des partenaires et la population, mais dans d'autres villes, tout est à construire.

Je vais vous faire voyager un peu. Tourcoing se situe dans la métropole lilloise, qui regroupe 87 communes et qui est gérée par une communauté urbaine – je salue d'ailleurs le maire de Lezennes, qui est sur le même plateau de la communauté urbaine. Lille métropole compte plus d'un millions d'habitants. Selon les différentes études réalisées en matière sanitaire, la population du Nord-Pas-de-Calais est une population qui souffre énormément. On vit quatre ans de plus dans le sud de la France que dans le nord, pour des raisons qui sont liées à des pathologies et surtout, à une économie textile qui a fait du Nord l'un des bastions de l'économie française, mais à laquelle des gens ont sacrifié leur vie, sacrifié leur famille, pour faire en sorte que la France soit la deuxième puissance européenne et la cinquième puissance mondiale. Je rends hommage à ces personnes qui ont porté la France.

Nous avons beaucoup parlé du rôle des élus, ce matin, et bien entendu, du rôle des élus avec les partenaires du champ du social. Je suis heureux, aujourd'hui, de composer un binôme entre un élu et un représentant d'EPSM. Nous avons réfléchi, depuis quelques années, à la manière de porter la santé publique, notamment la santé mentale, à l'échelon d'une collectivité, d'une ville. La ville, ce sont des concitoyens. Ce sont d'abord des élus. Nous ne sommes pas élus avec une étiquette médicale; nous sommes élus parce que nous habitons dans un secteur, parce que nous avons des affinités politiques, des affinités sur un changement. L'équipe se constitue ainsi, mais tous les élus n'ont pas forcément la vocation de travailler sur les questions de santé publique. C'est pourquoi je disais que ce type de formation, d'organisation, de séminaire permettait de faire grandir les gens.

Ce qui est surprenant, c'est que dans le bastion du nord, notamment à Tourcoing, les élus sont de plus en plus confrontés, dans leurs permanences, non plus seulement à des problèmes d'emploi, mais aussi à des problèmes liés à la pathologie de la santé mentale. Nous sommes parfois en face de gens qui expriment leur désarroi, qui n'est pas forcément en rapport avec la santé mentale liée au médical, mais avec la santé mentale liée à l'environnement, que l'on oublie souvent : la perte d'un enfant ou d'une famille, d'un emploi, la séparation peuvent amener ces troubles mentaux. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à cela et nous sommes complètement démunis parce que nous n'avons pas la formation ou les diplômes pour répondre médicalement à ce genre d'approche. Or, le rôle d'un élu n'est pas simplement au-devant des habitants en leur disant : « votez pour nous, nous allons apporter le changement ». Une fois que nous sommes aux affaires, la question qui se pose est celle-ci : comment est-ce l'on apporte le changement ? C'est autre chose, et c'est une responsabilité qui engage les élus, parce que nous devons être des pères – je dis bien des « pères », p.è.r.e.s. – pour nos concitoyens. J'ai la responsabilité de la cohésion sociale et de la santé, mais il faut savoir qu'il y a un travail à faire au sein même du conseil municipal, parce que la perception qu'ont certains élus, malheureusement, n'est pas forcément celle que vous avez. Quand vous voulez vous attaquer à une problématique, on vous répond : « Mais vous vous rendez compte ? Où allez-vous emmener la ville ?... », etc. Nous avons des débats au sein même de notre formation politique pour expliquer l'intérêt de mettre en place ce type d'actions.

Il se pose aussi le problème des fonds, qu'il ne faut pas négliger. Lorsque les élus ne prennent pas d'initiatives, cela ne signifie pas qu'ils n'en ont pas envie. Quand on engage une collectivité locale, on doit avoir des moyens. J'ai coutume de dire que le conditionnel, dans la politique, me fait peur : « il faudrait que... il n'y a qu'à... » Ce n'est pas avec des « si » que l'on va lutter contre l'exclusion, mais avec des sous. Il faut être honnête. C'est le nerf de la guerre. Cela fait sourire, mais quand je suis en relation avec l'ARS, avec les différents partenaires, j'interpelle les pouvoirs pour que l'on donne aux collectivités locales qui veulent s'engager pour lutter contre toutes les formes d'exclusion et permettre le « mieux vivre ensemble », les moyens de le faire.

Je voudrais que quand on parle de la santé mentale, on parle du « mieux vivre ensemble », parce que si nous ne changeons pas nos représentations, nous risquons de continuer à véhiculer l'exclusion, car les populations qui sont inquiétées par ce genre d'approche ne seront pas rassurées. Parlons du « mieux vivre ensemble », parce que derrière ces hommes et ces femmes, il y a des gens qui souffrent. L'accompagnement sanitaire et socioé-

ducatif doit, premièrement, dédramatiser la situation et deuxièmement, donner tous les moyens pour pouvoir faire réussir des parcours.

Suite à ces différentes interpellations de populations, nous nous sommes demandé comment nous pouvions organiser les choses. La ville de Tourcoing n'a pas attendu le tournant politique pour innover, mais il y avait déjà des acteurs sociaux et médicaux qui étaient en réflexion et qui ont mené comme ils pouvaient cette approche de la santé mentale. Il manquait l'organisation politique. À un moment donné, lorsque l'on veut faire bouger les choses, si le politique n'est pas convaincu de l'initiative, on peut s'exprimer comme on peut, travailler dans son coin, mais on n'a pas cette cohésion que le politique doit instaurer. Cela, c'est notre devoir, notre responsabilité. Je vous invite tous, à l'issue de cette rencontre, à bousculer les mentalités, à bousculer les élus, parce que selon moi, si les élus ne bougent pas, cela relève de la non-assistance à personne en danger. Ils ne doivent pas oublier qu'ils ont été élus par une population, aussi bien une population en bonne santé qu'une population souffrante. Il est du devoir de l'élu de mettre en place tous les ingrédients pour mener une politique envers sa population.

Je regrette qu'il n'y ait pas de législateur, ici, puisque je parlais de moyens. On peut déborder d'idées et politiquement, vouloir faire changer les choses, on peut essayer d'innover, d'initier des choses, mais si les lois ne changent pas sur le fond et si les moyens ne viennent pas, derrière, c'est une perte, et c'est un engagement qui pourrait fatiguer les partenaires. Quand on fatigue les partenaires, c'est la population qui est exclue. Les élus et surtout, les législateurs, ont le devoir de participer à ce type de manifestation, parce que cela les concerne. Il est facile d'être à la gouvernance, d'avoir des postes au ministère, mais on est ministre non pas d'une contrée, mais d'une population. Ce sont les gens comme vous qui élisent les politiques et c'est à eux, ensuite, qu'il incombe d'être attentifs au changement.

À Tourcoing, la situation a évolué. À l'occasion des changements politiques, il y a eu des personnes qui étaient attentives à l'exclusion. Je suis moi-même issu d'un quartier défavorisé, le quartier de la Bourgogne, qui cumule tous les handicaps d'exclusion sociale. Je suis né à Vaison-la-Romaine, dans le Vaucluse, suite à un rapatriement, mais il a fallu trouver du travail et mes parents sont allés dans le nord chercher la Terre promise, donc, l'économie qui devait leur permettre d'élever leur famille. Lorsque j'ai été élu, j'ai été frappé par le travail qui avait été mené par l'ensemble des partenaires du secteur de la santé mentale, mais j'ai aussi trouvé, dans cet énorme travail qu'ils avaient effectué, un manque, le manque d'appels

du pied aux élus pour qu'ils les aident à organiser les choses. J'ai saisi la balle au bond. Madame Thévenon était l'une des instigatrices de l'interpellation. Elle a tapé à plusieurs portes jusqu'à ce qu'elle arrive à la bonne. C'est avec beaucoup de plaisir que je l'ai accompagnée pour apporter un plus au niveau politique. Il a fallu réfléchir, travailler sur des dossiers et faire des propositions concrètes pouvant aboutir à une réponse concrète sur les questions de la santé mentale.

Une fois qu'on a dit cela, il faut le traduire. Au mois d'avril, le conseil municipal va voter la validation officielle de la création d'un Conseil local de santé mentale. Il a fallu travailler bien en amont avec mes collègues élus, qui n'étaient pas tous sur la même longueur d'ondes : chacun avait sa vision de la santé mentale, et un important travail a été nécessaire pour parvenir à un consensus sur la mise en œuvre de ce type de conseil.

Un conseil, pour quoi faire ? La ville donne la possibilité de créer un espace démocratique, et nous en ferons ce que vous en ferez. Je souhaiterais que tous les acteurs sociaux, les partenaires institutionnels et les acteurs du secteur médical interviennent et fassent des propositions créatives.

Nous avons beaucoup parlé de la santé mentale et des médecins généralistes, mais je voudrais aussi parler de la médecine du travail. La souffrance au travail, on en parle beaucoup, c'est de plus en plus d'actualité, mais elle a très peu été évoquée aujourd'hui. Je ne sais pas si elle sera abordée dans l'autre table ronde, mais je souhaiterais que l'on puisse aussi associer les médecins du travail.

Je ne vais pas parler plus longuement. Madame Thévenon me regarde... Elle me dit toujours qu'avec moi, elle se sent sereine parce que quand je prends la parole, il faut que l'on m'arrête. Mais je vais la lui laisser. Nous n'avons plus que sept minutes, mais, je l'espère, efficaces.

Je terminerai en précisant que dans l'organisation, il faut aller au-delà. La problématique de la santé publique n'est pas forcément la problématique des médecins, des travailleurs sociaux. C'est surtout celle des habitants. Nous avons parlé des pairs aidants, et je pense que le rôle des habitants doit être au cœur de cette réflexion. Pour ma part, puisque la ville de Tourcoing a des conseils de quartier – nous avons été novateurs dans ce domaine –, je vais associer, dans le Conseil local de santé mentale, des représentants des conseils de quartier qui pourront être des relais auprès des habitants. Aujourd'hui, il ne faut pas perdre de vue que vous travaillez non pas pour le secteur médical ou institutionnel, mais pour les habitants. Nous devons réfléchir stratégiquement sur le rôle et la place des habitants dans cet accompagnement, à leur niveau. Il faut bien sûr penser à la formation, mais aussi à tous les moyens innovants qui doivent

permettre de réunir notre société, qui, malheureusement, est fracturée. Ce serait une manière de ne laisser personne sur le bord du chemin.

J'aurais bien voulu continuer à parler, je me sentais bien...

«• **Brigitte Raynaud**

Désolée, mais je vous retire le micro...

«• **Catherine Thévenon**, *psychiatre*

À Tourcoing, il nous a semblé que le problème du suicide était une problématique transversale, qui touchait presque tous les habitants de la ville. C'est pourquoi nous avons commencé à travailler ensemble. J'ai entendu les expériences des uns et des autres témoignant des Conseils locaux de santé mentale déjà organisés, je me suis sentie heureuse d'être invitée ici et d'apprendre beaucoup.

Ce que je vais vous présenter est une simple expérience que nous avons menée depuis 1999 autour des problèmes de suicide dans la ville de Tourcoing.

Je rappelle, en préambule, que nous ne nous inscrivions pas une démarche purement locale, mais dans la dynamique d'une République soucieuse de créer des liens entre les différentes institutions, comme en témoigne les recommandations de l'OMS « Oui au soin, NON à l'exclusion », dès 2001.

Les chiffres du suicide en France frappent les esprits, mais on les oublie assez souvent. Avec un suicide toutes les quarante minutes, la France est l'un des pays les plus mal placés en la matière : 10 000 morts et dix fois plus de tentatives de suicide. Le suicide n'est pas un comportement ou une pathologie qui touche uniquement celui qui est la victime. Il touche également l'entourage, familial ou professionnel. Essayez de vous représenter ce que cela pourrait vous faire si quelqu'un de votre famille ou de votre environnement professionnel se suicidait. Vous auriez vous-même un état de souffrance en écho.

Ce problème de suicide est depuis longtemps identifié en France. Il l'a notamment été à travers la Conférence de Consensus en 2000, à Paris, où deux actions ont été proposées : des recommandations pour les soins, avec notamment l'hospitalisation des adolescents, et le programme de formation nationale. Nous avons choisi ce programme et nous l'avons distribué à Tourcoing depuis 1999.

Monsieur Mezrag a déjà présenté Tourcoing, je n'ai donc pas besoin de le

faire. En 1999, nous étions un petit groupe qui ressemblait à un Conseil local de santé mentale, mais qui n'était absolument pas organisé. La psychiatrie rencontrait l'alcoolologie, les urgences, les API, les femmes battues, les personnes déplacées... Bref, toutes les personnes en grande difficulté. Et ce que l'on nous disait à nous, était : « Certes, vous êtes à Armentières, vous voyez des malades hospitalisés, mais nous voyons des gens qui souffrent vraiment. Et non seulement ils souffrent vraiment, mais parfois, ils en crèvent. Et ils ne veulent pas voir les psychiatres parce qu'ils ont peur. » Nous étions confrontés à ces propos une fois par mois, quand nous nous rencontrions. Nous nous disions que c'était bien triste, puis nous avons décidé de mieux voir les choses. Nous avons donc adhéré, en 1999, à la première Enquête de Santé Mentale en Population Générale, qui n'a fait que valider ce que nous disaient nos partenaires, c'est-à-dire que 36 % de personnes avaient au moins un problème de santé mentale sur la ville. Je rappelle que toutes les pathologies mentales sont à risque suicidaire, les principales étant l'anxiété, la dépression et le recours aux toxiques.

En ce qui concerne l'autre aspect de l'évaluation SMPG, nous avons également eu une idée des représentations de la population à l'égard de la santé mentale. Nous avons trouvé des éléments très intéressants, comme le fait que la population se préoccupait des problèmes de santé mentale et que les gens étaient très avertis. Ils faisaient très bien la différence entre une psychose et une dépression. Ils avaient conscience de la souffrance des patients, mais aussi des familles. Ils nous disaient qu'ils préféraient tout de même s'adresser directement à leurs voisins, à leur famille, quand ils avaient un problème de santé mentale, parfois aux généralistes, mais jamais aux psychiatres. Mais ils connaissaient les structures de soins.

Dans le champ des représentations beaucoup plus négatives et très imprimées, on retrouvait 80 % de personnes qui déclaraient que l'on reconnaissait un malade mental au fait qu'il était violent et que ces malades mentaux violents devaient être exclus de leur famille, de leur travail. 30 à 40 % des personnes considéraient que le risque suicidaire était normal et pas dangereux et plus de 60 % considéraient que consommer de l'alcool ou des drogues n'était pas grave.

Globalement, au départ, nous avons donc constaté que les personnes en souffrance ne consultaient pas les professionnels destinés à les aider, c'est-à-dire les intervenants en santé, mais qu'ils livraient leur sentiment de désespoir aux professionnels de première ligne, aux élus, aux infirmières scolaires, etc.

Nous avons donc choisi, à cette époque, en plein accord, au sein du réseau de santé de Tourcoing, de mener deux actions : une action de formation portant sur le repérage de la crise suicidaire et une action plus institu-

tionnelle consistant à doter Tourcoing de structures adéquates. Il nous semblait en effet inopérant de former des gens à l'abord du suicide et de leur dire ensuite que certes, ils avaient bien déposé les risques, mais que de toute façon, on ne pouvait rien faire : Armentières était trop loin – à 40 km –, les personnes avaient peur des psychiatres, etc.

Nous avons donc formé les personnes en groupe trans-professionnel. Des groupes de formation réunissaient les équipes de santé mentale, – elles n'étaient pas forcément formées à l'abord de la crise suicidaire –, mais aussi les personnes de la ville, les associations, les responsables, les médecins libéraux... Bref, toutes les personnes qui interviennent au niveau sanitaire et de l'éducation. L'objectif était que les personnes soient plus aware, qu'elles connaissent bien les représentations du suicide et notamment, les représentations du suicide qui empêchent d'intervenir : « il le dit, il ne fera pas... » ou « il a pris des médicaments, il n'est pas mort ; c'est donc qu'il ne voulait pas mourir... » Nous travaillions cela avec les stagiaires. Nous leur apprenons à évaluer le risque, l'urgence, la dangerosité, à tester leurs connaissances par des groupes de parole. Cela permet également, de manière implicite, de stimuler les dynamiques de réseau, de faire en sorte que chacun se connaisse, qu'ils puissent se téléphoner, interpellier quand il y a un problème.

Depuis 2000, nous avons formé mille personnes, en trois fois trois groupes par an. Toutes ces personnes ont été intégrées au comité de pilotage du réseau de Prévention du Suicide Chaîne de vie de la ville.

Nous avons créé d'autres lieux de soins, qui sont tous à Tourcoing :

- un CMP CATTP d'accueil et de crise, qui permet de recevoir les demandes des personnes avec un délai d'attente de zéro jour, et d'agir en prévention primaire. Nous n'attendons pas que les gens aient déjà essayé de se suicider pour les aider. C'est le standard du réseau Chaîne de vie ;
- une coordination intersectorielle des urgences avec trois secteurs pour la prévention secondaire après le geste suicidaire ;
- huit lits de crise dans le centre intersectoriel d'accueil et de crise, qui est accolé aux unités tourquennoises de psychiatrie, transfert des lits d'Armentières, en novembre 2007, sur le site de l'hôpital général. Les patients restent au maximum 72 heures dans ces lits de crise. Il y a une possibilité d'appel téléphonique 24 heures sur 24, 365 jours sur 365.

Enfin, depuis quelques années, nous avons pu décliner des activités et des événements destinés à lutter contre l'exclusion sous forme de chantiers d'arts martiaux, d'arts plastiques et dernièrement, de défilé de mode.

Tous ces chantiers se sont déroulés en dehors des lieux d'hospitalisation ou de soins en santé mentale, grâce à l'aide de la ville.

Mais... – il y a toujours des mais : on n'est jamais content –, les gens ont toujours peur. Nous avons refait une enquête SMPG en 2009, et les gens ont toujours peur des malades mentaux, qu'ils trouvent toujours violents. Ils ont toujours des difficultés à voir les psychiatres et sur le plan financier, cela ne s'arrange pas. Les gens sont de plus en plus pauvres, ils n'ont pas à manger... Certains partenaires qui interviennent sur les suicides ne peuvent se faire former parce que leur hiérarchie nationale leur dit que s'ils parlent de suicide en formation, cela leur rendra la vie plus difficile à eux. Le financement des formations n'est pas régulier. Nous sommes bien conscients que les choses ne vont pas s'arranger toutes seules, qu'il faudrait que les actions en direction du suicide soient pérennes et nous ne sommes pas assez forts pour l'assurer. Nous voudrions donc un lien fort, visible et durable avec la ville pour acquérir une certaine stabilité sanitaire démocratique. Pour nous, le Conseil Local de Santé Mentale permettra la mise en intelligence encore plus partagée des partenaires pour l'intervention précoce dans les situations à risque, pour faciliter l'accessibilité aux soins, pour lutter contre l'isolement et la stigmatisation.

En conclusion : « A l'égard des troubles psychiatriques, il ne faut pas avoir, mais ÊTRE partenaires ! Ce n'est pas EUX, c'est NOUS !!! »

«• *Brigitte Raynaud*

Merci beaucoup pour cette présentation très intéressante, cette parole de l'élue à la fois vécue et très vivante, avec une idée qu'il faut retenir : la participation des habitants, le croisement des conseils de quartier avec la question de la santé mentale. C'est une idée à creuser, d'autant plus qu'au Conseil national des villes, nous travaillons aussi sur ce sujet, que nous estimons transversal, tout comme celui de la santé, de la participation des habitants et de la démocratie locale, ainsi qu'on l'appelle aussi.

La parole est à vous, pour poser vos questions aux intervenants. Vous avez peut-être des précisions à demander sur les programmes qui ont été présentés, sur leur mise en œuvre, leurs limites... Il n'y a pas de questions ? Les présentations étaient très complètes, certes, mais il y a certainement une petite question.

«• *Une participante*

Ma question s'adresse à Madame Saraux et porte sur les points de secteur de la ville de Nantes, qui sont un dispositif très intéressant. La ville est-elle aussi impliquée en matière de prévention primaire ? Je crois

savoir qu'il y a une action pendant la semaine nationale d'information sur la santé mentale. Pouvez-vous nous en parler ?

«• **Patricia Saraux**

Tous les ans, dans le cadre de la Sism, il y a une action partagée avec une collaboration importante du CHU et des partenaires. Je ne l'ai pas abordée parce que cela concerne davantage le volet de la communication et de l'information, alors qu'il nous était demandé de présenter plutôt les outils.

«• **Corinne Lambert**

Dans le cadre de la Sism, je réunis tous les acteurs concernés par la santé mentale, qu'ils soient associatifs, institutionnels, etc., pour une action collective – mais cette année, c'est davantage une action entre la ville et une association –, dans l'idée de rendre lisibles toutes les actions menées par l'hôpital ou les structures. Il s'agit plutôt d'un outil de communication collective, avec un programme sur toute la ville.

L'an dernier, nous avons conduit une action plus collective avec la psychiatrie, l'Unafam, les SAVS, etc. Cette année, c'est un peu différent. Il y a également le réseau local de santé d'un quartier qui déploie une grande dynamique dans le cadre de la Sism. La ville, elle, s'occupe davantage de coordonner, de rassembler, de mobiliser, de réunir les informations et de créer un outil de communication.

«• **Patricia Saraux**

Les Sism portent davantage sur la représentation. Pour nous, c'est un outil qui permet de dé-stigmatiser, de donner une image différente de la psychiatrie.

«• **Bernard Topuz, médecin de santé publique à Montreuil**

J'ai eu l'occasion de travailler avec Pilar Giraux, il y a longtemps. Elle a présenté trois outils : un manuel des procédures, une grille de lecture et un tableau récapitulatif des engagements. Je voulais en savoir plus sur le premier outil, le manuel des procédures du Résad.

«• **Pilar Giraux**

Le manuel des procédures a été créé au début avec le comité des membres permanents. Il est très simple. Ce sont trois pages dans lesquelles on explique ce que l'on peut attendre de la Résad, comment on peut

la saisir, quels sont les préalables. Nous spécifions bien que ce n'est pas une réunion d'urgence, mais une réunion qui est programmée dans un projet d'accompagnement. Le manuel précise aussi qui sont les membres permanents. Nous le donnons à tous ceux qui demandent à participer à la Résad et le faisons circuler dans la ville. Il est mis à jour régulièrement. Après l'évaluation, on nous a demandé de créer un résumé. Les préalables de la Résad sont maintenant indiqués de manière très synthétique, sur une seule page.

J'en profite pour dire que ce manuel n'était pas assez précis, au début, sur la question de l'accord de la personne. Dans la grille de lecture, la première question qui est posée est celle-ci : la personne ou la famille a-t-elle donné son accord ? Au début, nous recevions des grilles de lecture dans lesquelles la réponse était : « non ». Or, nous ne pouvions pas parler de la situation de la personne sans son accord. En revanche, lors de la réunion avec les professionnels, nous parlions de ce qui avait empêché d'obtenir cette validation. Nous avons passé quelques Résad à discuter des freins avec les professionnels. Ce travail autour de la validation a été très intéressant et je pense qu'il a porté ses fruits, parce que nous ne nous heurtons plus, ou très peu, à l'obstacle des réponses négatives.

Mais il se peut aussi qu'un professionnel ne puisse discuter avec la personne parce qu'il a peur pour lui-même, dans des situations de violence. Dans ce cas, nous acceptons de l'examiner en Résad, mais nous l'anonymisons, bien sûr.

«• **Mathieu Fortin**

Je voudrais apporter un élément complémentaire : je vous invite à aller voir la plateforme, sur le site Internet du Grand Lyon, qui est en train de mutualiser différentes expériences sur ce type de dispositif de coordination autour de la santé mentale – dans l'agglomération lyonnaise, c'est souvent porté par des CLSM. Vous y trouverez différents outils du même genre que ceux qu'a présentés Pilar.

«• **Pierre Larcher**, médecin, Direction générale de la cohésion sociale

Il y a trois semaines, s'est déroulé à Strasbourg un colloque international sur l'alcoolisation fœtale. Dans la présentation de l'expérience de Tourcoing, il a été dit que 60 % des gens pensaient que boire de l'alcool ou prendre des drogues était finalement quelque chose d'assez naturel. Or, il se trouve que les pourcentages qui ont été cités par ailleurs correspondent exactement aux statistiques canadiennes. Les Canadiens ont fait beaucoup de recherches et ont mis de grands moyens financiers sur

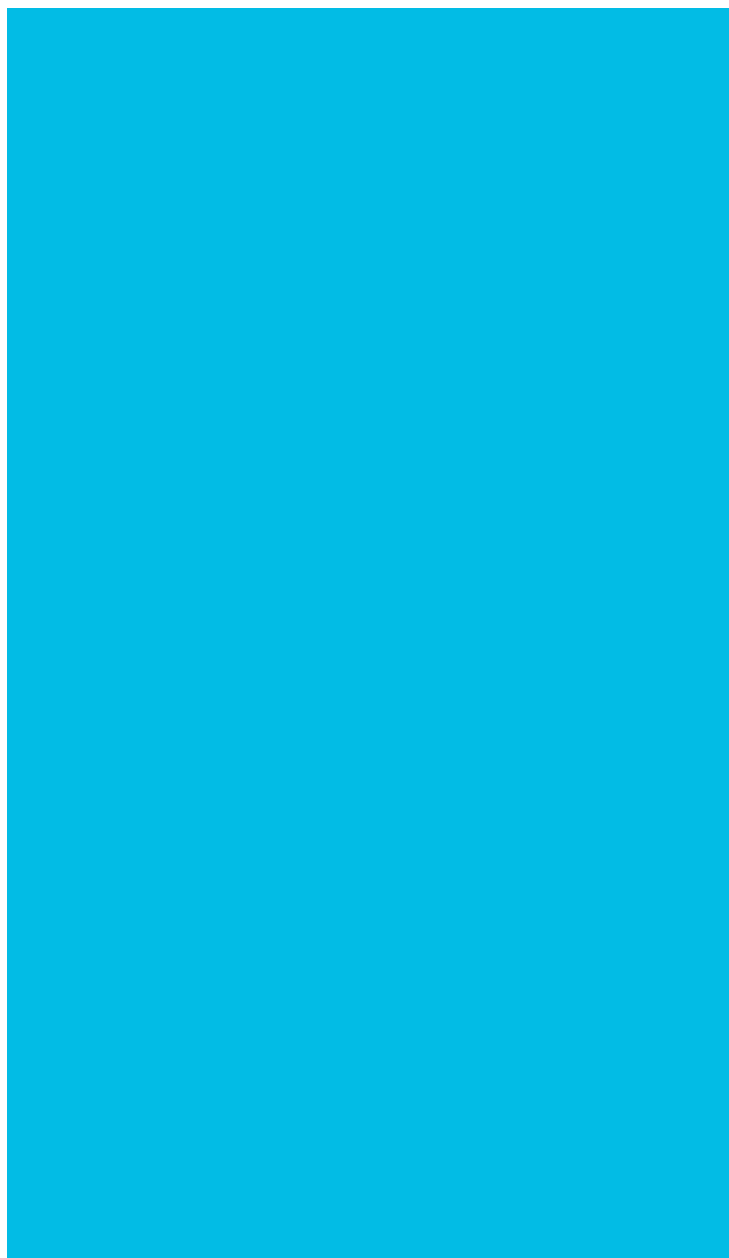
le sujet pour essayer de comprendre ce qui se passait. À la lumière de ces constats, les travailleurs sociaux se sont posé des questions. En Ontario, en particulier, qui est la partie anglophone et qui a une culture typiquement anglo-saxonne. On s'y pose beaucoup la question des coûts, parce que l'organisation est totalement différente de la nôtre et fonctionne davantage sur un mode de prise en charge privée. Les coûts que représentent pour eux l'aide sociale, les coûts judiciaires et les coûts à l'école les ont amenés à faire réaliser une enquête précise sur tous les ressortissants de l'aide sociale chez eux. Ils se sont aperçus que cela représentait pratiquement la moitié de leur clientèle. Ils ont donc lancé un énorme projet d'investissement pour faire de la prévention de l'alcoolisation fœtale, de façon à ce que tous les professionnels concernés, qui sont pratiquement tous ceux des champs qui ont été décrits, puissent savoir que l'alcool est quand même une substance tératogène, qui provoque des conséquences pour la vie entière et que la prévention permet de l'éviter au maximum, voire complètement. Ceci dit, cela supposerait que l'on revienne à un système qui a été pratiqué aux États-Unis et qui n'a pas du tout été efficace. Il y a peu de chances que cela se fasse, mais il y a tout de même d'énormes efforts à faire à ce sujet. J'ai été surpris que personne, à aucun moment de cette journée, n'ait évoqué les dégâts causés par l'alcool à cet égard.

«• *Catherine Thévenon*

Ce que vous dites me rajeunit beaucoup, parce que j'ai été très marquée, au début de mes études de psychiatrie, par l'exemple de Seattle, qui a travaillé autour de l'alcoolisme fœtal. Non seulement ils ont fait intervenir tous les protagonistes que vous avez cités, mais ils ont mené une campagne d'information générale, en placardant sur les bus : « un verre de moins peut vous faire gagner un jour de plus » ou « c'est déjà faire quelque chose que de ne pas boire, ce jour-là ». Je pense que nous devrions apprendre beaucoup des campagnes qui ont été réalisées outre-Atlantique. Avec cependant la modération suivante : la représentation de l'alcool en France est très différente de celle que l'on a dans les pays anglo-saxons.

«• *Brigitte Raynaud*

Nous allons pouvoir clôturer cette table ronde.



//// Table ronde : La citoyenneté et l'insertion

«• Laurent El Ghozi

Dans cette table ronde, nous allons parler de citoyenneté et d'insertion avec Mireille Wojnarowski, de Reims, Marc Godefroy, de Lezennes et Élisabeth Duhal, Lucie Ramboux, de Nanterre, Aude Caria, Didier Le Bougeant et Catherine Isserlis.

«• Catherine Isserlis, psychiatre, chargée de mission à la Mission nationale d'appui en santé mentale (Mnasm)

Je remplace Pascale Gilbert, qui est empêchée, mais qui a proposé que quelqu'un de la Mission nationale d'appui en santé mentale vienne la remplacer. Elle a pensé à l'un des derniers numéros de *Pluriels* que nous avons diffusé sur les Conseils locaux de santé mentale, que vous trouverez sur le site de la Mission d'appui et dans lequel la plupart des intervenants de ces différentes tables rondes ont produit quelques articles.

Pour ceux qui ne le sauraient pas, la Mission nationale d'appui en santé mentale a été créée en 1993 pour appuyer le changement en psychiatrie dans le sens d'une psychiatrie ouverte – cela reste d'actualité –, qui se rapproche de tous les autres acteurs. Elle perdure depuis, avec peu d'évolutions. Elle est constituée de cinq permanents et d'un réseau de correspondants. Ses actions sont pilotées par les différentes directions du ministère de la Santé et la CNSA. Elles sont actuellement mobilisées par les ARS – auparavant, par les ARH – pour un appui à la planification dans des situations de changement irrémédiablement bloquées sur des années afin d'essayer, sur le terrain et dans une aide de pair à pair de professionnels, de trouver des solutions. De ce fait, nous avons visité à peu près toutes les régions et environ 65 départements.

Je dois dire que dans mon expérience – j'y travaille depuis une dizaine d'années et je succède au précédent coordinateur de la mission, Serge Kannas, qui vient de prendre sa retraite –, j'ai rencontré assez peu secteurs impliqués dans des Conseils locaux de santé mentale. En revanche, à chaque fois que cela a été le cas, nous avons pu noter à quel point cela mobilisait l'ensemble de l'équipe de psychiatrie. C'est un élément qu'il faut noter, du côté de la psychiatrie : quand les gens se mobilisent dans des actions communautaires, c'est l'ensemble des acteurs qui se mobilisent, et pas uniquement le chef de secteur.

Je suis pédopsychiatre de formation. J'ai entendu assez peu parler de pédopsychiatrie aujourd'hui et de la participation de la pédopsychiatrie dans ce cadre-là. Nous avons eu tout de même deux diapositives qui

nous l'ont montrée. Mais ce que j'ai surtout entendu concernait les adultes. Cela me rappelle les débuts de mon intervention professionnelle, qui correspond au commencement de la mise en place des secteurs de pédopsychiatrie, où la première chose que l'on faisait, quand on arrivait, était d'aller se présenter au maire et de lui demander ce que l'on pouvait faire ensemble. Si, actuellement, la pédopsychiatrie semble peu présente dans cette dynamique, je pense qu'elle est présente ailleurs. Dans toutes les municipalités, il y a des commissions de l'enfance, qui ne passent pas toujours avec la pédopsychiatrie, certes, mais il y a une préoccupation pour l'enfance et la petite enfance qui existe dans toutes les communes. Par conséquent, même si dans les Conseils locaux de santé mentale, la pédopsychiatrie est assez peu présente, la préoccupation de la santé mentale de l'enfant est présente au niveau municipal.

Pour compléter ce qui a été dit sur l'alcoolisme fœtal, je suis assez préoccupée par la question de la prévention dans le domaine de l'alcoolisme, mais aussi dans bien d'autres domaines. La précarité – et pas uniquement la grande précarité, mais la précarité de longue durée – retentit tout aussi fortement sur les performances à terme des enfants et sur leur risque d'évolution avec des troubles mentaux. Les personnes atteintes de troubles mentaux ayant une vie de plus en plus inclusive ont aussi de plus en plus d'enfants, et l'on se préoccupe de manière tout à fait insuffisante de l'impact sur les enfants des épisodes aigus des parents surtout ceux donnant lieu à hospitalisation. Il y a là un champ à explorer, sur lequel nous sommes très en retard, en France. Selon moi, il devrait y avoir systématiquement une écoute des enfants à ces moments-là, de façon à éviter les aspects traumatiques.

C'est tout ce que je dirai en introduction. Nous n'allons pas travailler exactement dans le sens annoncé sur le programme, parce que Monsieur Godefroy a des impératifs d'horaires, et je vais lui donner tout de suite la parole.



L'insertion professionnelle

«• **Marc Godefroy**, maire de Lezennes

> Voir présentation
des documents de
Marc Godefroy
accompagnants cette
intervention p. 56-62
des diaporamas

Je vous remercie de nous avoir invités pour cette journée. Tout le monde a dit que l'on y apprenait plus que l'on n'y apportait, et en ce qui me concerne, c'est le cas. Je vais néanmoins essayer de vous apporter un peu de mon expérience, d'abord de mon point de vue de maire ; maire d'une commune modeste de la grande métropole lilloise, mais à ce titre, présidant une intercommunalité thématique interne sur la question de l'insertion et de l'emploi. Il se trouve que je préside le PLIE, la maison de l'emploi et que c'est par acquisitions ultérieures que j'ai été sollicité sur les questions de santé. Je suis aussi conseiller général du Nord et en cette qualité, je préside la commission « santé » de cette institution. Je préside également la commission départementale pour l'autonomie des personnes handicapées, ce qui me donne un point de vue extrêmement statistique sur la question, puisque cette commission gère 130 000 dossiers par an, dont près de 20 % relèvent de la question du handicap psychique.

C'est donc à la fois une expérience de maire d'une petite commune et d'administrateur d'un grand système qui me fait développer un point de vue certainement complexe.

Quelle est l'histoire et quel est le contexte de cette approche qui va porter sur l'emploi ? – puisque dans cette table ronde, nous avons chacun une thématique : emploi, logement, culture... Je suis centré sur l'emploi et ce n'est pas forcément l'approche la plus fréquente. Même si c'est la question la plus fréquente, ce n'est pas toujours l'approche de solution la plus fréquente. En tout cas, nous avons bénéficié, dans cette intercommunalité, d'un secteur psychiatrique extrêmement actif et de la présence d'un personnage que vous connaissez bien, puisqu'il s'agit de Jean-Luc Roelandt, qui a bousculé en permanence les élus du territoire sur la question de la santé dans la cité. Quand je dis qu'il les a « bousculés », je pense qu'il y est arrivé, puisqu'il permet aux maires, à leurs adjoints et à leurs équipes de s'emparer de cette question de la santé psychique dans la cité et de le faire avec une complicité très grande.

Il a été dit ce matin qu'il fallait que les élus se bougent. C'est vrai. Je crois qu'en même temps, il faut dire aux médecins de santé publique qu'ils doivent bousculer les élus. Cela a été dit par mon collègue de Tourcoing, que je salue au passage. On ne peut pas danser tout seul une danse qui se danse à deux. Il faut qu'il y ait un meneur de la danse, sûrement, mais il faut aussi que l'on danse, c'est-à-dire que l'on coopère. Pour cela, l'attitude de l'institution psychiatrique, du secteur psychiatrique, a beaucoup

d'importance dans la façon dont les élus vont pouvoir s'emparer du problème en n'étant pas complètement désemparés.

Notre conseil local de santé s'est formalisé il y a peu de temps, puisque cela fait dix-huit mois, mais sur la base d'une expérience très ancienne. Je me souviens en effet avoir inauguré un panneau sur « Nous et la folie dans la cité », en 1985, avec Jean-Luc Roelandt et mon prédécesseur – je n'étais pas encore maire –, dans notre village. Les gens se sont demandés ce que voulait dire ce panneau. C'est la question de la pédagogie de cette question parmi les citoyens. Cette expérience a porté ensuite sur l'accès au logement, à la culture, sur toutes les questions de l'accès à la santé dans la cité.

En matière d'emploi par rapport à la santé psychique, quelle était mon implication? C'était celle d'un maire. Je devais intervenir aujourd'hui avec Élisabeth Duhal, qui est la responsable de cette structure – mais elle a un empêchement. Moi, je n'ai été que l'élus initiateur, accompagnateur du lancement de cette démarche, à partir, d'ailleurs, d'un colloque qui s'est déroulé il y a quelque temps et que l'on doit à Jean-Luc Roelandt, sur le thème: « Peut-on transférer les coopératives à l'italienne dans le milieu français? » Les coopératives à l'italienne sont des modalités par lesquelles les malades des hôpitaux italiens se groupent pour trouver des emplois en coopérative auprès de l'hôpital. Ce colloque réunissait l'ensemble des spécialistes de l'emploi, de l'insertion, de la formation, et sa conclusion était que non, il n'y avait pas lieu de transférer les coopératives à l'italienne en France. Par contre, il invitait à chercher des solutions originales.

Notre enjeu était la mise en place d'un comité de pilotage – que j'ai présidé et au titre duquel je m'adresse à vous aujourd'hui – de l'ensemble des partenaires qui pouvaient avoir un point de vue sur cette question de l'emploi et de la santé psychique et la façon dont on pouvait faciliter cet emploi. Notre objectif était de traiter une situation assez particulière que tout le monde a considérée très rapidement comme une situation personnelle intermittente. Un malade psychique est parfois en pleine forme, mais à d'autres moments, il ne va pas bien du tout. De plus, la maladie psychique frappe toutes les activités, tous les types de profession. Il n'y a pas une forme de handicap psychique qui aurait un niveau de qualification identique permettant de faire des stages pour handicapés psychiques, par exemple. Ce n'est pas du tout la question. Nous sommes bien devant une société diverse dans ses compétences et qui a des problèmes d'accès à l'emploi. Il y a donc cette notion d'intermittence, pour des personnes parfois qualifiées et pour des employeurs souvent résistants. Parce que les employeurs que nous sommes – je suis maire, donc em-

ployeur – ne sont pas forcément partants pour embaucher une personne en souffrance psychique: «Vous ne vous rendez pas compte... Là, ça va à peu près, mais si la semaine prochaine, ça n'allait plus? Qu'est-ce que nous allons faire? Et que vont faire mes cadres? Comment vont-ils pouvoir s'en occuper si cela ne va pas? Et qui va nous aider? On sait que quand on l'aura embauché, il n'y aura plus personne...» Je pense que la question qui était à l'ordre du jour était de trouver comment résoudre cette multiple difficulté particulière: la souffrance psychique, l'intermittence, les qualifications diverses, les employeurs désemparés, les cadres ne sachant pas encadrer.

Il fallait aussi prendre en considération la question de l'usager, qui a besoin d'une protection, mais qui a besoin d'être citoyen. Comment peut-on être citoyen protégé? La première réponse est de le mettre dans une institution; mais quand il est dans une institution, il n'est plus tellement citoyen. L'hypothèse qui a été formulée a été de le protéger par un statut, mais pas par une situation institutionnelle. C'est ce qui a permis de mettre au point ce projet intitulé Êtic – Établissement de travail intégré dans la cité.

Je le parcours rapidement, parce que comme tout est très complet dans nos interventions, vous aurez bien sûr accès à toutes ces informations.

Nous avons, comme je l'ai dit, créé un groupe de réflexion centré sur la question de l'emploi durable des personnes handicapées en raison de troubles psychiques. La forme juridique est celle d'un Ésat, Établissement de service et d'aide par le travail, donc, reconnaissant la situation de handicap posée à des malades qui le sont durablement, mais qui a deux vocations: la mise au travail des usagers et l'accompagnement vers l'intégration et l'autonomie sociale, quand elle est possible. Cet Ésat est géré par l'établissement public de santé mentale. C'est donc bien l'établissement public de santé mentale qui s'est engagé dans cette affaire. Les publics visés sont les personnes en situation de troubles psychiatriques sévères (psychoses et psychoses maniaco-dépressives), mais présentant une certaine stabilisation de leur maladie.

Le principe est celui du fonctionnement extra-muros: il ne s'agit pas de créer une institution, mais bien un établissement qui offre un statut, ce statut s'exerçant partout dans la cité. Il n'a donc pas d'activité de production propre, mais il y a un contrat de mise à disposition individuelle des usagers au sein d'entreprises, de municipalités ou d'associations. La diapositive ne mentionne que les municipalités et les associations, mais je pense que rien n'interdirait que cela se passe dans les entreprises. C'est une étape plus avancée, mais nous pouvons nous en donner l'objectif,

Jean-Luc, si nous trouvons des entreprises qui accepteraient cette même logique. Les usagers seraient sur des postes à temps partiel, correspondant aux attentes et aux capacités des personnes – à temps partiel parce qu'à ce type de handicap est souvent associée tout de même une certaine limite de fatigabilité, de capacité à soutenir une activité –, avec un accompagnement et un soutien des professionnels sur le lieu de la mise à disposition. C'est-à-dire que l'équipe d'encadrement de l'Ésat accompagne les personnes, mais aussi l'accompagnement local et qu'elle soutient, au plan socio-éducatif, en dehors du temps de travail – et à domicile le plus souvent – les personnes qui relèvent de cet Ésat.

S'agissant de l'équipe et de ses missions, nous avons un médecin psychiatre qui intervient dans le processus d'intégration pour vérifier la pathologie et sa stabilisation et l'adéquation du profil de la personne à un statut « hors les murs », c'est-à-dire pour valider que le patient n'a pas besoin d'une institution particulière pour l'encadrer. Pendant le parcours d'insertion professionnelle, le psychiatre intervient en interface avec l'équipe de soins ou les équipes d'encadrement si nécessaire. Nous avons aussi un éducateur spécialisé qui intervient en accompagnement extra-muros hors situation professionnelle et une psychologue du travail, en l'occurrence, Élizabeth Duhal, qui est à la fois en relation extérieure, c'est-à-dire en recherche des postes de travail correspondant aux qualifications des patients, et en fonction de direction, donc de pilotage de l'ensemble de l'établissement.

Au sein de cet établissement spécialisé, l'usager bénéficie d'une procédure d'accueil, d'une orientation par les équipes de soins, de deux entretiens avec le responsable et le médecin psychiatre de l'Étic, d'une période de mise en situation un peu protégée dans une entreprise d'insertion partenariale, pour voir si sa capacité d'agir et de s'inscrire dans une organisation est suffisante. Il est ensuite intégré au sein de l'Étic par la préparation à sa mise à disposition et la définition du projet professionnel du futur domaine d'activités, en fonction des attentes et capacités propres à l'intéressé, et non pas en fonction de l'activité qui est menée dans l'Étic. Nous cherchons le métier ou la profession qui va lui convenir compte tenu de ses antécédents et de sa situation particulière.

Les finalités sont donc de permettre à des personnes en situation de handicap psychique d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail, sur des postes adaptés aux capacités et attentes des usagers, mais aussi aux attentes des employeurs. Je le dis en tant qu'employeur moi-même, parce que la mairie de Lezennes, qui comporte moins de 3 500 habitants, emploie deux personnes appartenant à l'Ésat. Ce sont des personnels absolument sans problème. Cette sécurisation du statut

que j'évoquais a permis de sécuriser à la fois l'employeur que je suis et qu'est la directrice générale des services, et l'encadrement proche, qui sait que s'il y a une difficulté, il est proposé un soutien, un appui. Et, cela se passe très bien. L'intégration est impeccable, dans ces services.

Les personnes exercent leur activité dans des conditions accompagnées de manière pérenne ou transitoire. Je pense d'ailleurs à une personne qui, au départ, a été dans cette situation, avec un accompagnement très fort, et qui, maintenant, est dans un statut de titulaire ayant dépassé la phase transitoire, puisque cette personne a été intégrée au service.

Cet Ésat mobilise les ressources de l'ensemble du territoire. Je ne les cite pas, parce qu'elles l'ont déjà été et qu'il s'agit d'être partenaires. Il y a vraiment des organismes qui sont engagés pour résoudre le problème.

La limite de cette opération Étic est qu'il y a quinze usagers. Depuis ma position de président de la commission départementale pour l'autonomie des personnes handicapées, je vois que se développent, à Dunkerque, dans la Flandre intérieure, d'autres initiatives du même type. La conception de travailleur handicapé, y compris dans les Ésat, est une conception très instituée, très fermée, qui se déploie dans des ateliers protégés, etc. C'est en train de s'ouvrir et cette idée d'Ésat hors les murs fait vraiment son chemin. Je peux vous assurer que les associations qui sont dans la CDAPH parlent de l'Étic comme d'une opération exceptionnelle, vraiment intéressante. Et depuis cette position, je constate également que la prise en compte du handicap psychique n'est pas du tout mûre. La capacité des médecins praticiens du handicap à prendre en compte la spécificité du handicap psychique n'est pas très grande. Nous avons donc à la fois un milieu territorial qui nous interpelle de plus en plus sur ce handicap, mais un milieu professionnel qui, quand il n'est pas en réseau très animé, n'est pas encore très compétent – sauf les spécialistes.

Voici quelques chiffres concernant ces personnes en situation : 50 % des postes au sein de municipalités, 50 % au sein d'associations. Je pense que nous pourrions aller vers 15 ou 20 % dans des entreprises complices. Cela ne doit pas être très compliqué. Cela n'a pas été l'objet de notre prospection, mais cela doit pouvoir se faire, et cela donnerait à cette situation un caractère encore plus intégré dans la cité, je crois.

Les facteurs de réussite sont la capacité d'effectuer un travail de deuil et d'avoir un projet réalisable. Il ne s'agit pas de se dire que tout est possible : il faut tenir compte de la réalité des possibilités. Mais on constate que des personnes parviennent néanmoins à retrouver, dans un travail parfois un peu moins qualifié que celui qu'elles avaient auparavant, une véritable identité. Elles ne se sentent pas dévalorisées par le fait d'avoir

changé de qualification, quand cela a été nécessaire. Au contraire, elles sont passées d'une situation de cadre, quelquefois, à une oisiveté totale ou en tout cas, à une perte d'identité totale, et elles retrouvent une autre identité, qui, pour les personnes que je connais dans cette situation, leur convient parfaitement.

Les autres facteurs de réussite sont la mise au travail à temps partiel, la nécessité d'un suivi professionnel et socio-éducatif, l'enrichissement du réseau social dans le travail, la communication, la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation.

La condition essentielle est la souplesse du dispositif, qui permet de répondre à la variabilité du handicap, et la nécessaire coopération et coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sur ce sujet, puisque nous avons véritablement une coopération durable qui s'installe.

Autres conditions, la totale disponibilité de l'équipe pour l'usager et la structure d'accueil – je peux en témoigner : au moindre problème, on se trouve soutenu – et enfin, l'attention portée aux périodes de transition, avec un soutien particulier dans ces situations.

Les coordonnées d'Élizabeth Duhal sont indiquées. Vous pouvez la contacter, parce que je pense que cette expérience, qui est encore un peu modeste en volume, est en revanche tout à fait transférable, puisque la création des Ésat n'est pas encore complètement verrouillée et que pour une fois, c'est davantage l'imagination que les crédits qui manquent... On doit donc pouvoir mobiliser un peu plus.

Quelqu'un a demandé ce matin s'il y avait beaucoup d'élus dans l'assistance. Il y en a quelques-uns... Le rôle de l'élus, dans notre expérience, a été de mobiliser différentes casquettes. Un élu est un gestionnaire de services : il gère un CCAS, il gère des services municipaux..., mais il est d'abord et surtout un animateur de territoire, en la matière. Il ne s'agit pas d'une question de compétence. D'ailleurs, j'insiste souvent sur le fait que c'est la compétence de l'État et qu'il est hors de question que nous mettions un centime dans cette affaire. Par contre, je veux bien y passer tout le temps qui est nécessaire à l'animation du territoire. Je pense que c'est une réalité que l'on trouve dans d'autres domaines : le logement, l'insertion par l'économie..., toutes ces questions qui appellent des animations locales, mais qui appellent des solidarités nationales, départementales ou régionales.

L'élus a également un rôle de pédagogie – cela a été dit lors de la présentation de l'expérience de Tourcoing. Il doit sensibiliser ses propres collè-

gues, mais aussi sa population, à l'idée que c'est possible, que la souffrance psychique n'appelle pas l'exclusion. C'est une posture qui demande une forme de militantisme, une forme de pédagogie permanente sur le fait que c'est possible. Et quand les gens se rendent compte que c'est possible, ils sont très fiers. Les professionnels qui encadrent ces personnes se disent que c'est un dispositif très utile. Je pense que nous pouvons progresser en pédagogie sur cette question.

J'ai évoqué la question des personnes handicapées protégées par un statut et non par une institution. Cette expérience ne répond pas à tout : il y a des handicaps psychiques qui ne relèvent pas de cette possibilité. La CDAPH reçoit régulièrement des personnes dont on voit bien qu'elles sont mal prises en charge et que même l'Étic n'y répondrait pas. Néanmoins, c'est un créneau qui pourrait singulièrement se développer et qui est transférable.

«• *Catherine Isserlis*

Nous allons passer d'emblée à un temps d'échange, de façon à pouvoir libérer Monsieur Godefroy.

«• *Jean-Luc Roelandt*

Élizabeth Duhal n'étant pas là, j'aimerais dire un mot. Marc Godefroy est très modeste : nous, nous n'aurions jamais réussi à mettre ce système en place s'il n'y avait pas eu un maire compétent dans le domaine de l'insertion, qui a convoqué toutes les personnes de l'insertion que nous, nous ne connaissions pas, avec l'Fnapsy et l'Unafam. Cela a représenté deux ans de travail, de réunions régulières avec Élizabeth Duhal, que nous avons embauchée au niveau de l'hôpital, dans le système travail de notre secteur, et à laquelle j'avais dit de créer son poste. Je pense que c'est un exemple complet de l'implication des maires, que la psychiatrie ne sait pas faire seule. Nous accompagnons, certes, mais nous ne savons pas le faire seuls.

Par ailleurs, les mairies ont été les premières à ouvrir des postes pour des gens dont on dit qu'ils ne travailleront jamais et qui souffrent de graves psychoses maniaco-dépressives. Il y a ici des personnes du champ de l'insertion sociale qui le confirmeront : c'est le b.a.ba. Mais en l'occurrence, dans un environnement normal, avec un accompagnement et un accord politique tel que celui qui est fait à Lezennes, cela devient possible. C'est très facile à faire, cela ne coûte quasiment rien par rapport aux autres Ésat, mais cela demande un investissement. On se demande pourquoi ce n'est pas fait partout. C'est une question récurrente, aujourd'hui.

En tout cas, il convient de remercier Marc Godefroy pour tout ce qu'il a fait.

«• *Laurent El Ghozi*

Quelle est la différence entre cet Ésat hors les murs et une entreprise d'insertion ? J'ai bien entendu qu'il fallait être considéré comme handicapé pour pouvoir en bénéficier, mais quelles sont les différences, à la fois en termes de publics et en termes de financement ? Il s'agit bien d'une entreprise d'insertion pour un public particulier.

Par ailleurs, je rejoins ce que vient de dire Jean-Luc Roelandt : pourquoi tous les Ésat n'ont-ils pas un secteur ouvert ? La protection est toujours un enfermement, et l'enfermement protège, certes, mais pourquoi tous les Ésat n'ont-ils pas une structure ouverte comme celle-là, hors les murs ? – alors qu'effectivement, ce n'est pas compliqué...

«• *Marc Godefroy*

C'est une question qu'il faut poser aux autres Ésat. Mais par rapport à l'entreprise d'insertion, il ne faut pas oublier que l'emploi en entreprise d'insertion est vraiment un phénomène transitoire. C'est un statut précaire, un financement modeste et une situation temporaire d'insertion. Dans notre cas, l'intérêt du statut est qu'il protège soit temporairement, si les progrès sont tels que l'on peut aller vers l'autonomisation, soit définitivement, si le handicap est durable. Je pense que c'est important. Parmi les trois personnes dont je parle, l'une a pu s'insérer, mais les deux autres sont dans l'incapacité d'entrer dans un statut non protégé. Pour leurs collègues, le fait qu'ils soient en statut protégé ne se voit pas. Ils travaillent comme les autres. Mais pour eux-mêmes, il y a tout de même des interruptions ponctuelles, des crises, des moments où manifestement, cela ne marche plus. Dans un statut normal, ils seraient logiquement « virés » – sauf dans la fonction publique, où c'est un peu plus difficile... En l'occurrence, ils sont simplement en attente de la reprise de leur activité, mais sans l'inquiétude, ni pour eux, ni pour leur employeur, de cette précarité que porte l'entreprise d'insertion, qui est d'abord précaire.

Les élus gèrent les limites entre la justice, la santé, le handicap et le social. Il y a des gens qui relèvent des quatre postures et on ne sait pas laquelle choisir. L'élu est souvent confronté aux problèmes, aux limites. Quand la situation relève du social, il l'envoie vers l'assistante sociale, quand il s'agit vraiment de handicap, il l'envoie vers l'IME, mais quand on ne parvient pas à déterminer de quoi il relève, est-ce le médecin, l'assistante sociale ou le juge qui va s'occuper du problème ? C'est à cet égard que je trouve que les conseils locaux de santé ou la prévention, dont Jean-Luc

Roelandt disait ce matin qu'il n'y en avait qu'une – et c'est vrai qu'il n'y en a qu'une –, s'intéressent à tous les aspects de la personnalité.

Quant à savoir pourquoi les autres Ésat ne font pas la même chose, je pense qu'il y a d'abord des handicaps qui sont davantage des handicaps mentaux, au sens intellectuel, qui impliquent des activités répétitives, organisées et très encadrées. En l'espèce, nous avons affaire à des personnes qui peuvent avoir une certaine autonomie et dont la difficulté est intermittente. Mais normalement, ils travaillent comme les autres et cette instauration d'une protection de l'encadrement n'est pas nécessaire. On ne peut pas imaginer que tous les Ésat soient ouverts. Mais on peut imaginer qu'il y en ait beaucoup plus qui le soient.

«• Catherine Isserlis

Ce qui était proposé, c'est qu'il y ait une section ouverte dans la plupart des Ésat, qui permette d'accompagner l'émergence des potentialités. Parce que c'est là qu'est le problème, au fond : comment se donne-t-on les moyens de faire émerger des potentialités que l'on n'avait même pas imaginées ?

«• Marc Godefroy

C'est tout de même aussi le fruit d'une expérience. Pour l'instant, c'est par dérogation que l'autorisation est donnée. Passer de la dérogation expérimentale à la dérogation générale ou à la procédure généralisable demanderait un travail plus réglementaire sur le mode de fonctionnement des Ésat.

«• Catherine Isserlis

Par ailleurs, votre structure est petite et il me semble qu'il y a peut-être intérêt à ce qu'elle le reste. Elle est légère, puisqu'elle mobilise trois personnes alors qu'elle permet à quinze personnes de retrouver une autonomie par le travail ; cela ne me paraît pas si coûteux. Et si ce dispositif doit être étendu, ce devrait être par multiplication, mais pas par augmentation en taille. Cela me paraît une des conditions de la réussite.

«• Marc Godefroy

En effet, il ne faudrait pas un Ésat éclaté à 400 salariés. C'est bien la proximité, l'ancrage territorial de ces structures qui leur donnent cette faculté de vivre intelligemment. Autant on peut les démultiplier dans différents territoires, autant il ne faut pas que ce soit une grosse structure qui finirait elle-même par devenir une grosse institution, dont les enca-

drants locaux seraient moins proches.

«• Catherine Isserlis

Et proches du conseil local...

«• Jean-Louis Lavaud, psychiatre, CLSM de Choisy-le-Roi, Orly
et Villeneuve-le-Roi

Je suis ravi de votre intervention, qui illumine ma journée. Nous avons parlé ce matin des commissions autour du travail. C'est un problème considérable. Il existe des dispositifs extrêmement compliqués, que seuls les professionnels qui viennent nous éclairer peuvent nous expliquer : les Civis jeunes, tant de pourcent pour les moins de 25 ans, plus de 25 ans, les subventions X, les aides Y... Nous y perdons notre latin. Modestement, nous avons imaginé un dispositif d'insertion au plus près, c'est-à-dire dans la ville, avec des placements préprofessionnels chez des artisans, des petits commerçants, dans de petites entreprises, ce qu'arrivent à faire les patients par eux-mêmes : ils parviennent à trouver un petit boulot dans la boucherie halal du cousin... J'ai connu cela autrefois, à une époque où c'était beaucoup plus simple : le cirque passait dans les environs, le malade partait avec le cirque, revenait six mois plus tard. Un autre allait dans une ferme, vivait avec tout le monde, mais la mutualisation sociale agricole est intervenue un beau jour et tout cela s'est cassé la figure : la législation était très compliquée, il fallait payer les gens au Smig agricole, alors qu'ils ne faisaient que donner un vague coup de main ou trouvaient une occupation.

La législation sociale ne leur permet plus ce travail à temps partiel au plus près de chez eux, avec ce statut qu'ils avaient. Désormais, ils peuvent effectivement travailler dans les mairies, dans les associations, mais cela peut aussi se faire dans de toutes petites entreprises, et cela, cela prend du sens pour un certain nombre de patients. Depuis des années, je me suis heurté à une impossibilité totale dans cette voie, et l'expérience de Lezennes constitue une piste qui pourrait s'ouvrir pour nouer des partenariats dans le cadre d'un Ésat, à condition que nous trouvions un interlocuteur à l'hôpital pour monter ce projet.

«• Marc Godefroy

Le portage par l'hôpital est un modèle, mais il peut y avoir un autre support. Le portage par l'hôpital a l'avantage de rassurer – l'institution que nous combattons est aussi rassurante, par moments... Mais cela pourrait être porté par une association.

«• **Mireille Wojnarowski**, *maire-adjointe déléguée à la santé, Reims*

À Reims, nous sommes précisément en train de travailler sur l'emploi des personnes handicapées dans notre collectivité, qui compte 2 500 agents et qui est soumise à l'obligation d'employer 6 % de personnes handicapées. J'ai été interrogée sur le fait d'intégrer des personnes en souffrance psychique. Je pense que je vais être obligée de demander votre aide...

«• **Catherine Isserlis**

Gardez donc le micro, parce que vous allez nous parler de l'insertion par le logement, de l'inclusion par le logement avec Dominique Blaizot, qui est le chef de projet.

Le logement : convention avec les bailleurs

«• *Mireille Wojnarowski, maire-adjointe déléguée à la santé, Reims*

Merci aux organisateurs de nous avoir invités. Nous sommes très heureux d'être là pour partager avec vous notre nouveau bébé – d'autres sont en préparation.

Je ne suis pas aussi bavarde que Monsieur Mezrag, mais je suis tout aussi enthousiaste que lui. Je ne répéterai toutefois pas ce qu'il a déjà dit. La santé mentale est un enjeu de politique sociale, un enjeu de société, mais aussi un facteur de cohésion sociale.

Il nous a semblé, dès mon élection, en 2008, qu'il y avait un gros problème avec les personnes en souffrance psychique. J'avais beaucoup d'empathie pour eux. Il y avait déjà des choses qui s'étaient faites sur le terrain. Nous sommes partis de cette façon. Quel que soit leur handicap, quelles que soient les souffrances dont sont victimes les personnes handicapées psychiques, ce sont des citoyens à part entière et nous leur devons une véritable reconnaissance sociale. C'est pour nous une obligation morale et éthique, tout simplement.

Nous avons pour mandat de nous consacrer à tous, bien sûr, mais d'abord aux plus démunis et aux plus fragiles, et de les aider à améliorer leur bien-être quotidien.

S'agissant des questions de santé mentale, notre approche, pour être efficace, doit être transversale et pluridisciplinaire. Les réponses ne viennent pas seulement du secteur psychiatrique. Ce sont tous les acteurs qui sont concernés : élus locaux, associations de familles et d'usagers..., et dans des domaines divers comme le logement, le social ou l'emploi ; des champs qui dépassent la psychiatrie.

Nous avons donc décidé d'agir en réseau – ou plutôt, c'est ainsi que cela s'est fait – autour de tous les aspects liés au mal-être afin d'apporter la réponse la plus adaptée aux problématiques. C'est pourquoi, avec l'aide de Madame Rhenter, la municipalité a créé, en juin 2009, un conseil local autour de la souffrance psychique. Nous ne l'avons pas voulu autour de la santé mentale, parce que cela me gênait. Finalement, je pense que j'étais un peu timorée. C'était idiot. En tout cas, il est aujourd'hui dédié à la « souffrance psychique » et tout le monde semble en être d'accord.

L'un des travaux importants que j'ai eus à faire était d'en parler à mes collègues, qui, comme nous le disions, ne sont pas du tout sensibilisés à ce problème de souffrance psychique. Déjà, ils ne le sont guère pour

la santé : « L'accès aux soins ? Cela suffit... On n'en parle plus ! » Il a été extrêmement difficile d'arriver à faire entendre aux collègues que la santé était transversale, et la santé mentale, également. Mais dès lors qu'ils ont été sensibilisés, les choses sont allées beaucoup mieux.

Nous avons ensuite construit un important partenariat avec les différents acteurs de terrain : médecins, bailleurs, élus... Nous avons par ailleurs souhaité que la démarche soit participative. Cette instance est pilotée par la ville de Reims et constitue un espace de concertation et de coordination entre les acteurs, mais aussi un espace d'échange et de réflexion pour l'élaboration de projets.

La question du logement est précisément au cœur de ces problématiques. Je ne parle pas des appartements thérapeutiques ni des appartements associatifs, ni même des appartements ou des familles d'accueil. Je parle d'appartements dans les parcs publics, pour que les personnes en souffrance psychique – stabilisée, bien sûr –, puissent y habiter toutes seules, personnellement.

Les acteurs constatent au quotidien la difficulté, pour les personnes handicapées psychiques, d'obtenir un logement dans le parc locatif social. Les organismes logeurs – à Reims, ils sont trois et gèrent 42 000 logements – sont eux-mêmes confrontés à la souffrance psychique de certains de leurs locataires et sont totalement démunis. Ils ont souhaité partager leurs constats avec les différents partenaires intervenant dans les champs sanitaire et social. Les familles et les personnes en souffrance cherchaient des solutions au problème de logement, à l'accès au parc locatif du service public. Nombre de personnes en souffrance psychique étaient logées dans le parc privé, à un coût plus élevé et avec, parfois, des problèmes de salubrité. Les professionnels de la psychiatrie insistaient sur la difficulté de faire sortir de l'hospitalisation des patients suffisamment autonomes pour être traités à domicile. À Reims, nous avons quatre secteurs de psychiatrie. Trois sont gérés par l'EPSM et un par le CHU. Ce n'est pas toujours facile et cela représente beaucoup de monde.

Mais il a suffi de réunir tous ces groupes... Quant à dire « il a suffi de »... Je vais laisser parler Dominique Blaizot, qui est la cheville ouvrière de la finalisation de cette convention.

Je voudrais aussi remercier la directrice du service communal d'hygiène et de santé, Lucile Vercoutère, qui est dans la salle, et qui nous a beaucoup aidés.

«• **Dominique Blaizot**, chef de projet, direction des solidarités et de la santé publique, Reims

Pour rappeler le contexte de ce travail sur la convention ville – psychiatrie – bailleurs, qui a été signée l'année dernière, ce sont les logeurs qui étaient confrontés à la souffrance psychique de certains de leurs locataires qui nous ont interpellés parce qu'ils étaient démunis face à cette souffrance et qu'ils souhaitaient faire partager leurs constats avec les différents partenaires. Aussi, en 2007, dans le cadre de la gestion urbaine de proximité (GUP), dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des habitants dans les quartiers relevant de la politique de la ville, un groupe de travail « santé mentale et logement » s'est constitué. À l'époque, il était composé principalement des bailleurs, des services de psychiatrie, de certaines associations et de la ville. À la suite de diverses rencontres, il a été décidé de travailler sur deux axes.

Le premier consistait à sensibiliser et informer les professionnels de terrain – des agents de voisinage, des inspecteurs de salubrité publique, des assistantes sociales et des circonscriptions départementales – à partir du recensement des indicateurs et de la liste des comportements problématiques. Ce sont les psychiatres et les psychologues du réseau « santé / précarité » qui ont assuré les neuf sessions annuelles de sensibilisation, et ceci sur deux ans. Le réseau « santé / précarité » regroupe des professionnels médico-sociaux dont les missions sont de favoriser des liens et de développer un savoir-faire institutionnel. Pour exemple, 35 personnes d'un bailleur social ont suivi cette formation. À l'issue de celle-ci, nous avons réalisé des fiches techniques pour tous les participants.

Le deuxième axe visait à constituer une commission pour traiter les situations complexes. Elle a fonctionné pendant quelque temps de façon informelle. Puis, elle a été réorganisée. Elle est aujourd'hui composée de membres permanents et de professionnels demandeurs. Désormais, ces deux groupes de travail s'intègrent dans le conseil local autour de la souffrance psychique qui a été mis en place en juin 2009.

Le groupe de travail qui a réalisé et élaboré cette convention a connu deux étapes. Ce groupe, qui était déjà constitué, s'est élargi à diverses associations : l'Unafam, l'Udaf, les groupes d'entraide mutuelle, les circonscriptions de solidarité départementales, la direction de la politique de la ville et de l'habitat, pour mener une réflexion visant à faciliter l'accès au logement des personnes handicapées dans le parc public. En effet, un grand nombre de ces personnes handicapées étaient logées dans le parc privé, à un coût plus élevé.

Suite à ces diverses rencontres, au cours desquelles les trois bailleurs ont

exposé leurs procédures d'attribution des logements, les secteurs de psychiatrie et leurs patients ont évoqué leurs difficultés à obtenir un logement dans le parc public. Il a donc été suggéré de travailler sur trois points :

- l'instauration d'une convention entre les bailleurs et les différents secteurs de psychiatrie, pour faciliter cet accès au logement des patients ;
- la mise en place de référents par bailleur et par secteur de psychiatrie pour favoriser la communication et identifier les besoins de chacun ;
- la conduite d'une réflexion sur la stratégie pour l'insertion dans le plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) 2011.

La deuxième étape s'est également déroulée en trois points.

Il nous a fallu d'abord constituer un groupe restreint pour élaborer la convention. Nous ne pouvions pas garder le groupe élargi. Ce groupe restreint était constitué de onze personnes représentant la ville, le service communal d'hygiène et de santé, les bailleurs et les différents secteurs de psychiatrie. Nous avons travaillé à cette convention, qui devait permettre de renforcer le partenariat entre les bailleurs et les différents secteurs de psychiatrie, de mettre en place une méthodologie de travail commune et de donner des garanties mutuelles afin de faciliter l'accès au logement des personnes dans le parc HLM, ces garanties émanant aussi bien du côté de la psychiatrie que du côté des bailleurs. Au départ, cette convention spécifique devait s'inscrire dans une convention globale entre la ville et les bailleurs sociaux. Celle-ci n'a pas encore abouti au niveau de la ville. Il nous a donc été demandé de travailler cette convention spécifique.

Le deuxième point a consisté à identifier les référents par bailleur et secteur de psychiatrie. Les référents sont identifiés et inscrits dans le document annexé à la convention.

Le troisième point était l'insertion des personnes en souffrance psychique dans le plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées, le PDALPD. Pour ce faire, la ville a adressé un courrier cosigné par le premier adjoint au maire, qui est également adjoint à la politique de la ville, et par Mireille Wojnarowski, au responsable de l'aménagement et de la cohésion sociale à la direction départementale de l'équipement, pour lui demander de bien vouloir étudier la possibilité d'inscrire les handicapés psychiques en tant que public prioritaire, en faisant valoir que ces publics pouvaient éprouver des difficultés d'ordre économique et social.

La convention a été finalisée. Elle a été signée le 23 septembre 2011. Les signataires principaux en sont la maire de Reims, au niveau de la ville, les directeurs généraux des trois bailleurs et le directeur général du CHU ainsi que le directeur de l'établissement public de santé mentale de la Marne, au niveau de la psychiatrie. Cette convention s'articule autour de sept articles. Nous avons réussi à faire inscrire les personnes handicapées psychiques en tant que public prioritaire dans le PDALPD 2011-2013.

«• *Mireille Wojnarowski*

En réalité, les personnes handicapées psychiques devraient être inscrites. Il faudrait vérifier auprès de tous vos départements qu'elles le sont bien. Chez nous, elles ne l'étaient pas.

«• *Dominique Blaizot*

Elles étaient simplement handicapées, mais pas handicapées psychiques.

«• *Catherine Isserlis*

Nous allons directement enchaîner les présentations et nous reporterons les échanges à plus tard. L'intervention suivante porte sur l'intégration des usagers à travers les dispositifs de loisirs et de culture.



L'intégration des usagers à travers les dispositifs de loisirs et de culture

«• **Lucie Ramboux**, *coordinatrice santé mentale, Nanterre*

Je suis la psychologue de liaison du Conseil local de santé mentale de Nanterre. Pour faire écho à la matinée, je suis une cheville ouvrière déjà en place, mais toujours en quête de financements pour pérenniser des actions qui, nous en sommes aujourd'hui convaincus, sont utiles. Je vous prie d'excuser le GEM Alliances de Nanterre, qui n'a pu être représenté aujourd'hui, pour diverses raisons.

Pour introduire mes propos, je vais resituer mon cadre d'intervention à Nanterre.

Le Conseil local de santé mentale de Nanterre a été créé en mai 2009, lors de sa première assemblée générale constituante. Il est co-présidé par le maire, Mr Patrick Jarry et le chef du secteur de psychiatrie adulte de l'hôpital Max-Fourestier, le docteur Triantafyllou, qui s'est exprimé ce matin. Il est co-piloté par la maire adjointe à la santé et aux politiques de prévention, Madame Fatna Chouaikh, ainsi que par le docteur Triantafyllou. Le comité de pilotage comprend des représentants des services municipaux, du secteur de psychiatrie, du Conseil général et du GEM Alliances, qui est notre seule ressource pour donner la parole aux personnes en souffrance à Nanterre – même si les propos de la représentante de la Fnapsy, ce matin, n'allaient pas dans ce sens. Nous avons des groupes de travail ainsi qu'un outil opérationnel, qui est une cellule de veille en santé mentale, au sein de laquelle nous abordons des situations individuelles complexes entre professionnels, avec une charte d'intervention qui respecte entre autres le principe de bienveillance et de confidentialité.

S'agissant de notre travail avec le GEM Alliances, lors de la première assemblée générale, les trois thématiques prioritaires étaient l'accès au soin et le maintien dans le soin, le logement – accès et maintien – et la réhabilitation psychosociale. Nous avons demandé au GEM Alliances de s'occuper de ce dernier aspect. Ils ont accepté. La méthodologie de travail définie lors du premier comité de pilotage s'est axée autour d'un premier diagnostic mené de part et d'autre : du côté de la municipalité, pour faire le point de ce qui existait pour ce public et de ce qui lui était accessible, et du côté du GEM, qui a mené un diagnostic sur les besoins et les attentes de ce public et notamment, des adhérents du GEM – qui, effectivement, ne représentent pas toutes les personnes en souffrance.

Nous avons sollicité les adhérents par le biais d'un questionnaire élaboré par le GEM. Ils ont été tout à fait autonomes sur cette partie de leur travail. Pour notre part, nous avons sollicité les services municipaux du sport, de la culture, la mission « handicap » et la vie associative. Ces résultats ont été restitués lors d'une grande rencontre entre les malades, leurs représentants, leurs familles et les services municipaux. Nous avons décidé d'inscrire cela lors de la semaine d'information nationale en santé mentale, en mars 2010, qui avait pour thème la lutte contre la stigmatisation des malades. Symboliquement, c'était la première action du Conseil local de santé mentale. Pour lui donner un poids politique, cette rencontre était présidée par la maire adjointe à la santé et aux politiques de prévention.

Ces différentes analyses nous ont permis de pointer deux freins à la participation des adhérents du GEM aux actions de la ville.

Premier frein : bon nombre d'activités de loisirs qui sont proposées s'adressent aux habitants de la ville et exclusivement à eux. Or, un GEM n'est pas communal, mais pluri-communal ; l'adhésion est ouverte.

Deuxième obstacle : malgré les attentes formulées par les malades, la mise en œuvre d'activités et leur participation à celles-ci nécessitent beaucoup de temps, qui n'est pas toujours en corrélation avec le temps municipal. Nous avons travaillé autour de cette question et nous nous sommes orientés vers des projets à court terme, dans un premier temps. Par exemple, ils nous ont spécifié, lors de cette rencontre, que s'inscrire à une activité de loisirs ou de sport régulière sur un an ne correspondait ni à leurs attentes ni à leurs besoins en matière d'intégration dans les activités de la ville.

Tel est l'historique de la mise en place du groupe de travail « réhabilitation psychosociale ». Je vais vous donner maintenant quelques exemples concrets d'actions menées dans le sens de cette réhabilitation psychosociale de personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la ville.

S'agissant de cette absence d'adéquation entre l'offre municipale réservée aux Nanterriens et l'adhésion pluri-communale du GEM, le service de la culture, après quelques mois de négociation, a accepté d'établir, au nom de l'association, qui est une personne morale, un « passeport découverte » qui donne accès à cinq spectacles pour 5 €. Jusqu'à présent, ce passeport était réservé aux Nanterriens. Cela permettra à l'association de programmer des sorties conjointes entre les adhérents nanterriens qui ont leur « passeport découverte » individuel, et les personnes qui l'ont au nom de l'association, afin d'en faire bénéficier ceux qui ne sont pas de Nanterre mais qui font partie du GEM Alliances. Pour la grande majorité de ses adhérents, qui ne bénéficient que de l'allocation aux adultes handicapés

[AAH], le prix des sorties était un véritable obstacle pour organiser collectivement des sorties dans la ville – parce qu'ils souhaitent rester dans le collectif.

Ils avaient également émis le vœu de s'inscrire à un atelier d'art, mais, comme je le disais précédemment, pas de manière régulière ni annuelle. Ils préféraient s'intégrer de manière occasionnelle, mais à un atelier tout de même proposé par la ville, avec une population différente de celle du GEM. Ils ont pu intégrer un atelier d'arts plastiques proposé par un centre social et culturel et compatible en termes d'horaires d'ouverture – c'était aussi un obstacle. L'atelier d'arts plastiques a ouvert six places tournantes pour le GEM : il y a six places réservées, qui permettent aux adhérents du GEM de venir quand ils en ont envie, en fonction de leurs capacités par rapport à la maladie ou à son expression. À ce propos, je voudrais relever une diapositive que j'ai beaucoup aimée, avec une flèche droite et une flèche qui monte et qui descend : en matière de réhabilitation psychosociale, bien que stabilisée, l'expression de la souffrance n'est pas linéaire. C'est un élément qu'il importe vraiment de prendre en compte, en tout cas pour nous, au niveau d'une municipalité. Les adhérents du GEM ont pu participer à cet atelier de manière épisodique, et ils ont tous pu le faire. Je rapporte leur parole : ils se sont mélangés à la population locale fréquentant l'atelier, qui était majoritairement constitué d'enfants du quartier et de quelques mamans, avec lesquels ils ont eu des échanges intéressants. Les enfants ont facilement interagi avec les adhérents, en les sollicitant pour des conseils sur leurs dessins, leurs peintures, et ils ont également accepté les remarques des adhérents quand leur comportement débordait un peu le cadre d'exercice des arts plastiques. Les membres du GEM ont assidûment participé à cet atelier, mais ils nous ont précisé que s'inscrire dans une activité dans la durée et de surcroît, à l'extérieur, restait complexe compte tenu de leur implication difficile, en tout cas à Nanterre. En effet, il n'y a que quelques adhérents qui participent régulièrement au GEM, mais beaucoup ne viennent qu'occasionnellement ; on ne les voit plus pendant un moment et ils reviennent.

Parmi les grands projets que nous avons en collaboration, à cheval sur 2011 et 2012, je voudrais citer la mise en place d'une action qui est un challenge, parce qu'elle s'inscrit à moyen terme, que nous avons appelée « repérage et orientation dans la ville ». Elle va permettre de localiser les différents équipements de loisirs, de culture, de sport et de vie pratique et la manière dont on s'y rend depuis le GEM, avec l'indication du circuit du bus et du temps de parcours. Nous sommes en train de conceptualiser cette action au sein du service. Ce sera un plan format poche, pour que ce soit pratique, avec un fond de carte de la ville de Nanterre très

simplifié, une petite icône comme pour les cartes RATP : « vous êtes ici » – situant le GEM –, et les différentes structures qu'ils ont choisies. Les structures étant extrêmement nombreuses à Nanterre, ils ont donc pré-établi un choix. En bord de carte, il y a des zooms qui précisent la ligne de bus à prendre, conformes aux codes de couleurs de la RATP, et qui indiquent les temps de parcours depuis le GEM, par exemple jusqu'au cinéma des Lumières, en centre-ville, avec une fourchette de temps assez précise pour qu'ils puissent calculer leur temps de trajet quand ils veulent se rendre à une séance de cinéma ou à une exposition. Ils nous ont aussi demandé de faire apparaître sur cette carte les espaces verts, pour savoir s'ils peuvent s'arrêter pour pique-niquer en route ou si c'est possible aux abords du lieu, de l'infrastructure dans laquelle ils vont se rendre.

Ce support papier sera couplé avec une visite en bus dans la ville, qui est ouverte aux adhérents du GEM, mais pas uniquement. En effet, dans le travail de réhabilitation psychosociale du GEM, il y a aussi cette volonté des adhérents de s'ouvrir vers l'extérieur, vers la population locale et vers les autres personnes en souffrance, mais qui ne connaissent pas ou ne fréquentent pas le GEM. J'ouvre une parenthèse à ce propos : sur les 90 000 habitants de la ville de Nanterre, il n'y a qu'une cinquantaine de personnes qui fréquentent le GEM plus ou moins régulièrement. C'est l'un de nos gros projets de communication pour l'année à venir.

Cette sortie en bus se déroulera au printemps prochain. Les adhérents ont choisi trois lieux différents pour les loisirs, la culture et les sports dans la ville. Nous nous rendrons dans ces structures et nous y serons accueillis par un professionnel de l'équipement qui présentera les salles et les activités proposées. Ce circuit en bus se terminera, à la fin de la journée, par un goûter – portes ouvertes au GEM, toujours dans cet esprit de communication pour l'association.

Le travail de préparation de cette sortie a permis à la coordinatrice du GEM, Carmen Delavaloire, d'aller rencontrer les différentes structures de soins ambulatoires de Nanterre : les deux CMP (Centres Médico-Psychologiques), le CATPP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), le Samsah (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), pour essayer de faire passer l'information aux patients qui ne connaissent pas encore le GEM et les inciter à participer à cette sortie en bus.

Un projet de réhabilitation psychosociale permet aussi à cette association de s'ancrer sur le territoire et de légitimer son action auprès des structures de soins. Pour un patient, à la sortie d'une hospitalisation ou en parallèle d'un suivi médical, il n'y a pas que le soin qui importe. Le fait de savoir qu'il y a un lieu d'écoute et d'accueil ouvert quasiment sept

jours sur sept est une ressource importante et précieuse sur le territoire pour les patients.

Notre travail avec le GEM peut aussi prendre simplement la forme d'un appui logistique, comme ce sera le cas pour une exposition que les adhérents vont organiser dans le cadre de la semaine d'information sur la santé mentale de 2012. Ils souhaitaient être visibles pendant cette semaine et nous ont sollicités pour s'exposer dans la cité, puisqu'ils font beaucoup d'arts plastiques. Avec la mission « handicap », nous avons joué un rôle de médiateur. Nous leur avons demandé si un lieu comme l'office de tourisme leur paraissait symbolique. Ils ont accepté. Nous nous sommes rendus à l'office de tourisme pour savoir s'il leur était possible de recevoir l'exposition. Nous avons fixé un créneau de réunions et c'est le GEM qui a pris le relais en autonomie. Les services municipaux se sont effacés, parce que l'objectif n'est pas de « faire à la place », mais de « faire avec » et à un moment, de se mettre en retrait. C'est en tout cas notre conception du conseil local : amener tout un chacun à participer, puis, laisser les associations, les autres services ou institutions prendre le relais et se mobiliser.

Le GEM Alliances participe à toutes les instances du Conseil local de santé mentale, dont la deuxième assemblée générale s'est déroulée au début du mois de décembre. Le travail que nous avons mené avec le GEM, en trois semaines – parce que l'on peut tout de même les mobiliser sur de gros projets en très peu de temps –, a été le tournage d'un film pour leur donner la parole et pour qu'ils puissent s'adapter au public. En effet, il s'agissait d'une assemblée générale plénière très professionnelle, qui ne leur correspondait pas. Nous leur avons donc donné la parole de manière plus travaillée, moins stressante, moins angoissante pour eux. Ils ont ainsi pu préparer ce qu'ils avaient à dire. Nous avons projeté ce film – qui ne durait que cinq minutes mais qui avait nécessité plusieurs demi-journées de tournage – lors de l'assemblée générale, pour qu'ils puissent s'exprimer et être à l'honneur, ce jour-là, sans être en difficulté. Il est donc tout à fait possible de « faire » avec eux et de s'adapter ponctuellement pour certaines instances comme une assemblée générale.

S'agissant des projets à venir, les adhérents du GEM ont vraiment la volonté de diversifier leurs actions et de s'inscrire le plus possible dans des activités mêlées à la population, avec toutes les institutions de la ville. Nous ne nous sommes pas encore attaqués au sport, mais ils n'ont pas encore formulé de grands besoins en la matière.

Le second projet porte sur la communication. C'est une association qui fait beaucoup de choses. Les adhérents qui sont présents sont vraiment

mobilisés et mobilisables, et pourtant, l'association peine, sur le territoire, à avoir des adhérents. Or, nous savons, au regard des chiffres de file active du secteur, que ce n'est pas par manque de personnes souffrant de troubles psychiques.

«• *Catherine Isserlis*

Nous allons enchaîner avec la dernière intervention de la journée, celle d'Aude Caria et Didier Le Bougeant, qui concerne l'évaluation de la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM) et ses liens avec les Conseils locaux de santé mentale.



La Semaine d'information sur la santé mentale, quels impacts ? Panorama en France et articulation avec les CLSM

«• *Aude Caria, Centre hospitalier Sainte-Anne / Centre collaborateur OMS*

> Voir présentation
des documents de
Aude Caria
accompagnants cette
intervention p. 64-73
des diaporamas

Merci aux organisateurs de m'avoir donné la parole, que je vais partager avec mon voisin breton.

Il m'a été demandé de donner une vision de l'articulation entre l'outil « semaine d'information sur la santé mentale », dont nous avons beaucoup parlé aujourd'hui, et l'outil « Conseil local de santé mentale », en tant que responsable du comité de coordination national de la Sism, puisque le Centre collaborateur de l'OMS a repris cette fonction en 2005, donc depuis plus de six ans.

– Objectifs et organisation de la SISM

Je rappelle les objectifs de la Sism, qui existe depuis vingt-deux ans. À l'époque, c'était déjà – pour faire plaisir à mon ami Thomas Saias – une démarche de santé communautaire, mais qui ne le savait pas, puisque le concept n'existait pas encore, en tout cas, en France. Elle avait des objectifs d'information et de prévention primaire :

- convier un public non averti sur les questions de santé mentale à des manifestations ouvertes à tous, afin d'ouvrir le débat – c'est l'un des slogans de la Sism – sur ces questions. Il faut se replacer dans le contexte d'il y a vingt-deux ans, où ce n'était pas une parole facile, et rendre hommage aux initiateurs de la Sism, en l'occurrence, l'Association française de psychiatrie, qui a eu le courage de lancer cette action ;
- informer ;
- rassembler ;
- aider au développement des réseaux de solidarité ;
- faire connaître les soutiens possibles.

Ce sont des objectifs qui ont vingt-deux ans, et je trouve qu'ils n'ont pas pris une ride – il est vrai qu'à vingt-deux ans, on n'a pas beaucoup de rides... En tout cas, c'est toujours ce qui motive l'ensemble des partenaires, qui ne cessent de grandir. En effet, au départ, il s'agissait des professionnels, rejoints rapidement par l'Unafam – et à cet égard, il faut rendre à César ce qui appartient à l'Unafam –, qui, dans de nombreux territoires, a été jusqu'à très récemment une des locomotives les plus présentes pour développer des actions. Et dernièrement, d'autres institutions ou associa-

tions ont rejoint le comité, composé aujourd'hui de dix-sept membres. Ces nouveaux partenaires ne sont pas les moindres :

- l'Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (Adesm);
- l'Association française de psychologie communautaire (AFPC);
- la Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (Agapsy), représentée par sa présidente, Madame Barroche, ici présente;
- l'Association des maires de France;
- la Fédération française des psychologues et de psychologie;
- la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) – avec l'Agapsy et la Fnars, nous avons englobé une grosse partie de la représentation du champ social et médico-social;
- la Société française de santé publique (SFSP). La santé mentale fait donc enfin partie de la santé publique...

L'ensemble de ces partenaires se réunissent régulièrement en comité national. Celui-ci n'a évidemment aucun moyens financiers, mais beaucoup de moyens intellectuels et institutionnels, puisqu'il décide chaque année de la thématique, rédige un argumentaire, à charge pour chaque institution de diffuser – avec Internet, c'est aujourd'hui assez facile – l'appel à communications. Puis, chacun retrouve ses manches localement.

La Sism a lieu toutes les troisièmes semaines de mars et se décline en près de 500 événements sur le territoire, avec de plus en plus de partenariats entre professionnels de la santé, du social, de l'éducation, de la justice, de la police, les usagers, les Gem, les artistes..., bref, tout le monde. Et pour tout le monde. C'est la valorisation d'un travail de proximité dans l'organisation des actions.

La Sism a désormais un logo. 2012 est l'année où nous allons essayer d'harmoniser une communication, parce que pour l'instant, la Sism est très locale et souvent, très artisanale, ce qui en donne une image très disharmonieuse, même si l'objectif est partagé. Dans trois semaines, elle aura enfin un site Internet national, pour la première fois en vingt-deux ans (www.semaine-sante-mentale.fr). Il permettra de recenser toutes les manifestations. Ce travail était auparavant réalisé par l'Unafam. Un outil de cartographie permettra de faire des recherches par territoire, par catégorie, par événement et d'accéder à toutes les manifestations qui auront été signalées par les organisateurs. Si vous êtes vous-même organisateur, vous pouvez aller sur le site pour enregistrer votre événement au moyen d'un formulaire en ligne..

- Exemples en régions

Je vais vous donner quelques éclairages sur les modalités d'organisation des actions de la Sism dans différents endroits.

À Rennes, la Sism a une antériorité assez marquée en matière d'organisation d'actions, en raison de la politique développée par la ville autour de la santé, avec la création, il y a déjà plusieurs années, de la Maison associative de la santé. En tant que plateforme regroupant un certain nombre d'acteurs, celle-ci s'est naturellement emparée de la thématique de la santé mentale. La diapositive que vous voyez indique le programme de la Sism de 2011 et la liste des intervenants dans l'organisation. C'est une semaine très remplie, où la présence de la ville et d'autres acteurs publics et associatifs est particulièrement notable.

Les astérisques, dans mon diaporama, signalent les territoires dans lesquels il y a une forte implication des municipalités.

À Marseille, un collectif s'est créé suite à l'enquête du Centre collaborateur OMS sur la santé mentale en population générale, il y a une dizaine d'années. Cette association, Arpsydémio, regroupe un certain nombre de partenaires : usagers, élus, professionnels, Conseil local de santé mentale – très fort à Marseille – et partenaires culturels. La question du financement des actions Sism apparaît en filigrane sur la diapositive, qui signale le soutien des laboratoires BMS, Janssen, Lilly et Sanofi Aventis, en plus des autres partenaires qui mettent à disposition des fonds ou du personnel. En tout cas, cela soulève la question du coût et du financement des actions, puisqu'il n'y a pas de budget spécifique de la Sism au niveau national.

À Nantes, la ville est très fortement impliquée et est une locomotive assez puissante dans l'organisation de la Sism.

À Paris, contrairement aux exemples précédents, il n'y a pas de collectif constitué au niveau de la municipalité. L'Unafam est très engagée dans la mise en place des Conseils locaux de santé mentale dans une dizaine d'arrondissements. Au sein de chacun d'eux, une sous-commission « information – prévention » est systématiquement créée, dont la mission est d'organiser la Sism. Cela fonctionne assez bien dans un arrondissement sur deux avec l'Unafam, la Fnapsy, le Psycom, qui édite et diffuse le programme, les établissements de santé mentale, les associations, les GEM, etc.

Dans les expériences précédentes, il s'agit de grandes villes, dans le Rhône, on passe au niveau départemental. Des collectifs départementaux ont été constitués, que je n'ai pas tous recensés. Je vous donne simplement

des exemples d'organisation. Celui du Rhône est assez exemplaire, parce qu'il regroupe énormément de partenaires. Il est coordonné par l'Association départementale d'éducation pour la santé (ADES), dans une démarche très communautaire, avec un programme extrêmement varié et des partenaires également très divers. L'implication du territoire du Rhône est importante, comme nous avons pu le voir sur la carte, avec une forte présence des CLSM dans cette région.

«• *Mathieu Fortin, coordinateur de santé à Villeurbanne*

C'est toujours sur quinze jours et non sur une semaine.

«• *Aude Caria*

En effet. C'est aussi le cas à Marseille. Il y a des Sism qui débordent...

«• *Une participante de Marseille*

En une semaine, nous n'avons pas assez de temps.

«• *Aude Caria*

Donc, bientôt, ce sera peut-être un mois...

Autre exemple départemental, celui du Haut-Rhin, qui a opté pour une autre modalité. Le nombre de partenaires est beaucoup plus réduit. Un collectif Sism s'est constitué après l'enquête sur la santé mentale en population générale, mais pour le moment il n'est porté que par les établissements de santé mentale. Le programme ne comporte que des manifestations organisées par les professionnels de santé mentale, même si les participants et les publics sont variés. Quand aux Conseils locaux de santé mentale, dans le Haut-Rhin, ils sont balbutiants. Cela commence à se profiler, mais ce n'est pas encore là.

Toujours au niveau départemental, en Lorraine, je ne peux pas citer tout ce qui se passe, parce qu'il y a énormément de choses. Le collectif de santé mentale coordonne la Sism et l'organisation ne regroupe que des associations. Il n'y a ni mairies, ni professionnels de santé ou établissements de santé mentale qui soient impliqués dans le collectif – je parle sous le contrôle de Madame Barroche –, alors que de très nombreuses actions sont engagées en Lorraine en partenariat avec tous ces acteurs. Un CLSM d'importance va prochainement être créé.

Au niveau régional, le Nord-Pas-de-Calais a mis en place un collectif régional depuis quatre ans, coordonné par le Centre collaborateur de l'OMS. Il regroupe, au niveau de toute la région, les usagers, les Gem, les

élus, avec les deux associations départementales des maires, qui sont fortement impliquées, les professionnels, les EPSM, les Conseils locaux de santé mentale, qui sont nombreux, et les partenaires culturels. Il y a une vraie coordination, des réunions régulières, tout au long de l'année, etc.

On observe donc des modes d'organisation très différents. Là où existent des CLSM, il y a une implication forte des villes et là où il y a une implication forte des villes, la Sism est très active.

- Au niveau européen

Pour donner un éclairage sur le niveau européen évoqué par Marianne Auffret ce matin, puisque les actions de la Sism ont été présentées lors de la conférence européenne de Lisbonne en novembre 2010, j'ai fait un recensement, via le réseau du CCOMS, des actions similaires qui existent dans les autres pays européens. Il y a la journée mondiale de santé mentale, qui a lieu le 10 octobre et qui est très peu célébrée en France – pour la dernière, il n'y a eu qu'une action inscrite dans ce cadre à l'initiative de l'Agapsy –, et des semaines d'information sur la santé mentale. On constate qu'il y a des choses qui existent, mais jamais au même moment. Certains font des semaines d'information sur la santé mentale autour de la journée mondiale, en octobre. Pour d'autres pays, c'est en mars, en mai, en juin ou en novembre, cela dure quinze jours... Et même en Angleterre, où la dynamique est importante, la semaine d'information sur la santé mentale n'a pas lieu en même temps qu'en Écosse ou en Irlande ; c'est un Royaume-Uni qui n'est pas si uni que cela...

> Voir carte de
Aude Caria
accompagnant cette
intervention p. 72
des diaporamas

Sur la carte que vous voyez, plus le pays est foncé, plus le nombre d'actions et de partenaires est important et la durée également. Les plus foncés sont le Royaume-Uni et l'Irlande, mais l'Espagne, la France, le Benelux, l'Allemagne, la Grèce, la Finlande le sont aussi. La France n'est donc pas mal placée en matière d'actions de sensibilisation communautaires.

- Evaluation de la SISM

Pour donner quelques éléments d'évaluation quantitative et qualitative, près de 450 événements ont été répertoriés en 2011. J'ai indiqué le chiffre de 500 sur la diapositive parce que tous les organisateurs ne déclarent pas leurs événements. Depuis trois ans, on observe une forte augmentation des coordinations locales. Plusieurs courants se rejoignent : l'enquête CCOMS sur la santé mentale en population générale, le développement des CLSM, la prise de conscience, par tous les partenaires, de la nécessité de travailler ensemble... On voit les fruits de dix ans, vingt ans de mili-

tantisme de ce courant. Les coordinations se font à différents niveaux. La semaine est beaucoup utilisée comme un outil de sensibilisation auprès des élus, notamment pour monter un CLSM. Ce scénario fonctionne assez bien. La Sism aide aussi au développement des partenariats. Le scénario inverse existe aussi : c'est le CLSM qui favorise la mise en place d'actions dans le cadre de la Sism. Il y a donc une corrélation très forte entre les deux outils, avec un fonctionnement dans un sens ou dans l'autre.

Les actions menées dans le cadre de la Sism ont également joué un rôle important dans la reconnaissance du rôle des associations.

La semaine d'information sur la santé mentale connaît donc un succès et un impact grandissants, et l'on ne peut que s'en réjouir, malgré un mode d'organisation très artisanal et très peu cadré – cela dépend des acteurs locaux. Mais finalement, je pense que c'est mieux ainsi, plutôt qu'une stratégie du haut vers le bas, qui déverserait des millions d'euros, des référentiels cadrés et des critères d'évaluation de la qualité sur les territoires. Cela générerait peut-être d'autres enjeux. Ce mode d'organisation du bas vers le haut et ce travail de sensibilisation et de proximité présente l'avantage de correspondre aux recommandations de la littérature scientifique pour les actions de sensibilisation dans le domaine de la santé. Donc, continuez ainsi. Nous sommes sur le bon chemin...

Je vous invite à consulter prochainement le site de la Sism, qui mettra à disposition, d'ici à la fin du mois, un certain nombre d'informations. Vous pourrez y télécharger le logo, l'affiche et harmoniser la communication autour de la Sism.

«• **Didier Le Bougeant**, maire adjoint délégué à la santé, Rennes

Il ne me revient pas le soin de conclure, et un certain nombre de choses que je vais vous livrer ont sûrement été dites dans le courant de la journée. J'ai été sollicité pour vous parler de la semaine d'information sur la santé mentale et des liens avec le Conseil local de santé mentale, avec l'illustration du cas d'une ville.

Rennes, que je ne présente pas, est une ville qui a une longue tradition d'implication dans les politiques de santé publique et qui a la chance, ou le bonheur – certains ne partageront pas mon point de vue – d'avoir aussi une continuité politique depuis trente-cinq ans, même si les élus ont changé. Je ne suis pas là depuis trente-cinq ans, mais seulement depuis 2008. Cette continuité a permis de « donner du temps au temps », comme aurait dit un grand homme, et d'installer des collaborations, des manières de faire dans la ville, notamment parce que la première se-

maine d'information sur la santé mentale date de 1983, avec une grosse implication du maire de l'époque. Edmond Hervé, qui avait en effet une appétence et une sensibilisation particulières sur les politiques de santé publique. Cette semaine s'est créée autour d'un collectif de santé, d'usagers de la santé et de l'ensemble des associations qui ont été listées – vous avez vu qu'elles sont nombreuses, à Rennes, et je salue l'un des promoteurs et initiateurs de cette semaine d'information sur la santé mentale, Dominique Launat, qui est dans la salle. Mais elle a aussi été coordonnée par une maison thématique, la Maison associative de la santé, que nous devons à une longue tradition tout à fait bretonne, héritée de nos prédécesseurs démocrates-chrétiens et que nous avons fait perdurer, nous, les sociaux-démocrates, une tradition de co-élaboration des politiques publiques avec le monde associatif. Nous avons ainsi des maisons thématiques dans plusieurs domaines : la Maison des sports, la Maison de l'Europe, la Maison internationale, la Maison de la santé, et nous avons des conventions avec de grandes fédérations.

Depuis vingt-deux ans, la semaine d'information sur la santé mentale, à Rennes, était un temps fort de visibilité, de discours public et de travail sur la dé-stigmatisation, l'information et la mise en réseau des acteurs. Il y a trois ans, donc, assez tardivement, à l'échelle du temps politique de Rennes et de son implication dans ces politiques, la nécessité nous est apparue de redire des choses, la nécessité politique de dire que la ville de Rennes réaffirmait sa volonté, se ré-impliquait plus fortement dans cette semaine de la santé mentale. D'ailleurs, elle se ré-implique aussi par la création d'un Conseil local de santé mentale, qui n'a que deux ou trois ans, puisqu'il est issu du nouveau mandat de 2008. Il nous semblait donc urgent – à cet égard, je partage une partie des propos de ma collègue de Brest, au moins sur le fond – de redire des choses par rapport à un contexte sociopolitique qui est dur et qui, aujourd'hui, instrumentalise un certain nombre de questions publiques à des fins politiques et dans un sens qui ne nous sied évidemment pas.

La ville est donc remontée en force dans la semaine d'information sur la santé mentale, notamment en termes de communication publique, et ce n'est pas rien. Vous avez vu l'affiche pour la communication au grand public dans la ville : « Ils, elles, nous, fous ! » Ce sont l'ensemble des sucettes Adshel, des affiches 4 x 3 et l'information institutionnelle qui relaient cette semaine de la santé mentale avec également, dans les transports en commun, un rappel et des informations d'interpellation du grand public sur cette Sism. Cela a été un combat. Je suis un jeune élu dans cette délégation. Quand je suis allé voir nos grands responsables de la communication publique que sont les services de communication publique

des grandes villes – sachant qu'en outre, le nôtre est mutualisé et couvre Rennes et Rennes Métropole, soit 450 000 habitants... – pour leur dire qu'au mois de mars, le journal institutionnel serait consacré à la folie et en ferait sa une, ils n'ont pas trouvé cela « glamour », ni vendeur. Mais, depuis deux ans, et les acteurs le reconnaissent, nous avons imposé les choses afin que l'on parle de la folie à la une de nos publications institutionnelles, que l'on en parle dans la ville, sur l'agora publique, en conseil municipal et que l'on en fasse débat. Je pense en effet qu'aujourd'hui, il y a débat à faire et qu'il y a aussi des questions qu'il faut reposer dans l'espace public.

La semaine d'information sur la santé mentale est un élément de très grande visibilité, mais depuis vingt-deux ans, elle a aussi fait naître un certain nombre d'attentes, d'interrogations qui ne trouvaient pas forcément de lieu pour se concrétiser et qui n'avaient pas non plus de lieu légitime, puisque les associations comme l'Unafam, notamment, nous interpellaient sur la dualité entre les associations et la psychiatrie publique tout le reste de l'année, en dehors de cette semaine de temps fort. Il manquait souvent un acteur à la table : les pouvoirs publics. Et, tout comme nous l'avons revendiqué à maintes reprises sur toutes les autres politiques de santé publique, nous revendiquions, sur notre territoire, notre légitimité à dire des choses sur la santé publique et sur la psychiatrie.

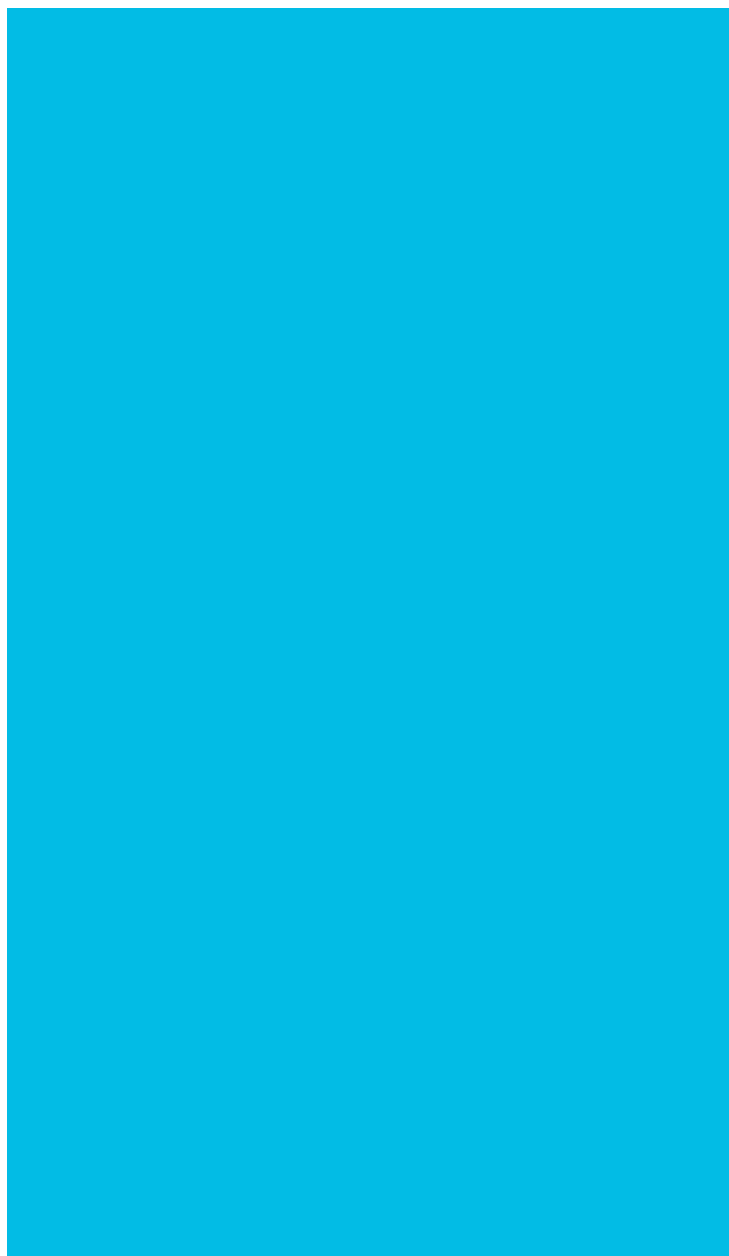
J'ai entendu les propos de plusieurs collègues et je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce qui a été dit : à un moment, il va falloir mettre de l'argent sur la table et trouver d'autres acteurs financeurs, mais on est aussi un peu plus fort lorsque l'on en apporte un peu et que l'on n'apporte pas seulement de la coordination et de la mise en réseau. Nous avons fait un certain nombre d'efforts puisque nous avons conforté l'équipe administrative municipale – un chargé de mission, qui est présent dans la salle, vient d'ailleurs d'être embauché uniquement sur cette thématique. Auparavant, nous avions un demi-poste de chargé de mission. Aujourd'hui, nous avons un poste et demi en équivalent temps plein. Nous avons donc embauché une personne à temps plein sur cette thématique il y a deux mois, en pleine crise des politiques publiques et des collectivités territoriales où l'on ne parle que d'économies et de réduction de la voilure. C'est un signe politique fort, qui, je l'espère, aura été remarqué par les acteurs.

Ceci pour dire qu'à un moment donné, il est légitime que les pouvoirs publics et la ville, qui est elle-même légitime sur son territoire pour rassembler les acteurs et qui est promoteur d'un certain nombre d'actions, réaffirme les choses. De ces rencontres de la semaine d'information sur la santé mentale, il était né au fil des ans un certain nombre d'actions, d'initiatives, de mises en réseau, mais elles étaient souvent dues à la bonne

volonté ou au militantisme d'acteurs. La ville est divisée en douze quartiers, six centres départementaux d'action sociale (Cdas), trois secteurs de psychiatrie, et il y avait des coopérations territoriales, des cellules territoriales d'observation, de mise en commun, d'étude de cas complexes, etc., en amont des situations de crise. Elles existaient du fait de l'implication de certains secteurs de psychiatrie, du militantisme de certains acteurs sociaux, du militantisme et de la proximité de certains élus et de la sensibilité de certains élus de quartier, mais elles n'étaient pas généralisées et la situation était très disparate. Depuis trois ans, la création du Conseil local de santé mentale a permis de faire en sorte que les expériences fructueuses sur certains territoires soient reproduites sur les autres. Nous avons été moteurs, initiateurs, incitateurs pour qu'aujourd'hui, l'ensemble des territoires de la ville soient couverts par ces cellules de concertation.

Nous avons aussi joué un rôle pour pérenniser les actions. Dans les territoires de l'ouest, nous avons une tradition associative très forte, et c'est une chance, mais ces traditions se perdent, s'épuisent et il faut des relais et des soutiens institutionnels pour qu'elles puissent vivre.

Aujourd'hui, la semaine d'information sur la santé mentale est le temps fort de visibilité de l'action du Conseil local de santé mentale, même si elle n'est pas que cela. C'est toujours une initiative associative, en termes de contenu. Les acteurs associatifs sont très nombreux et débattent tout au long de l'année au sein d'un collectif pour construire cette semaine très riche. Mais il y a aussi tout le travail dans la durée : l'accès au logement, à travers la charte avec les bailleurs, l'accès à la culture et à la citoyenneté... Parce que l'enjeu est de faire citoyenneté, de faire cité. Contrairement à mon collègue élu de Tourcoing, je ne suis pas élu pour être le père de mes concitoyens, le « **p.è.r.e.** », mais pour construire le « vivre ensemble ». Le « vivre ensemble » ne va pas de soi. C'est une construction politique à travers toutes les politiques, qu'elles soient de santé, d'éducation, de logement ou de transport. Nous sommes au cœur de cet enjeu du « vivre ensemble ». Pour ma part, je veux faire en sorte de donner à chacun les moyens de vivre sa citoyenneté et de l'exprimer, de l'exercer pleinement et librement, notamment aux plus fragiles de nos concitoyens, à ceux qui sont à la marge – puisqu'on les met souvent « à la marge », comme la psychiatrie avait été mise « à l'orée de la ville », à l'entrée ou à la sortie de la ville. La ville l'a aujourd'hui rattrapée et souvent encerclée, et la question de la folie se pose maintenant dans la ville.



////// Conclusion

«• Laurent El Ghozi

Puisqu'il n'y a pas de questions et avant que tout le monde ne se sauve, ce que je comprends très bien, parce qu'il est 17 h 15, je voudrais donner quelques éléments de conclusion.

D'abord, j'adresse tous mes remerciements à tous ceux qui sont intervenus et à tous ceux qui sont restés jusqu'à maintenant, à la ville de Paris, à Pauline Guézennec, qui est chargée du développement des Conseils locaux de santé mentale avec le Centre collaborateur de l'OMS de Lille, ainsi qu'à Aude Salamon, chargée de mission à Élus, Santé Publique & Territoires, qui sont les deux organisatrices de cette journée. Merci à elles. Tout ce que vous avez entendu, ce sont elles, non pas qui l'ont fait, mais qui l'ont regroupé et qui ont permis que ce soit disponible.

Deuxième remarque : nous sommes au-delà des initiatives individuelles. Il ne s'agit pas d'actions que chacun mène dans son quartier. Ces actions s'inscrivent bien dans la mise en place de politiques locales de santé sur l'ensemble du territoire, qui couvrent tous les quartiers, dans un souci d'égalité, de participation de tous à tous les services et sur tout le territoire. C'est une volonté d'association, de visibilité et à cet égard, la Sism est un très bon outil et un très bel exemple. Je ne reviens pas sur ce qu'a dit Aude Caria, mais il faut que chacun puisse s'en saisir pour permettre la plus large participation possible et faire en sorte que le regard change, que l'attitude change, que la prise en charge change, pour agir ensemble.

Je voudrais vous proposer des extraits d'un texte dont je souhaite qu'il soit la conclusion de notre journée, qu'il soit porté par les élus d'Élus, Santé Publique & Territoires et qu'il fasse l'objet d'un communiqué de presse. Il reprend les éléments qui m'ont semblé importants dans cette journée.

Premièrement, nous sommes convaincus que les Conseils locaux de santé mentale sont un mode d'organisation pertinent pour améliorer la prise en charge globale – prévention, soins, réhabilitation, *recovery* ou rétablissement – des personnes souffrant de troubles psychiques, parce que :

- ils favorisent la pleine citoyenneté des usagers dans la cité ;
- ils obligent à décroisonner et donc, à améliorer les pratiques ;
- ils confortent la politique de secteur ;
- ils contribuent à la démocratie locale ;
- ils favorisent la mobilisation de tous les acteurs et de la population.

Ce sont les éléments sur lesquels il me semble que nous nous sommes accordés pour dire que les Conseils locaux de santé mentale devaient être développés.

Deuxièmement, nous relevons six conditions :

- le volontarisme fort et durable, sans lequel il n'y aura pas de Conseils locaux de santé mentale forts et durables ;
- l'engagement des élus, des psychiatres, des travailleurs sociaux, de la population, des usagers et des aidants dans un partenariat « avec » et non « à la place de » ;
- la présence de représentants légitimes et formés des usagers et des aidants – Claude est partie, mais j'insiste à sa place sur ce point qui est fondamental, parce que nous voyons bien que c'est difficile et que cela se fait différemment sur tous les points ;
- la prise en compte de l'apport et des acquis des Ateliers Santé Ville, qui doivent être intégrés ou qui doivent être un pivot, une ressource ;
- à l'inverse, la nécessité que les Conseils locaux de santé mentale soient une partie intégrante, sinon obligatoire, des Contrats Locaux de Santé qui sont en train d'être mis en place partout. Cela me paraît un élément extrêmement important ;
- un financement pérenne permettant de recruter une cheville ouvrière – appelons-la comme on veut – suffisamment stable.

Ce sont six exigences pour que cela fonctionne.

Si besoin – nous en avons un peu débattu –, il faudrait un référentiel, un cadre, mais un cadre comme les montres de Dali : souple, déformable, adaptable, puisque, comme l'a dit Catherine Isserlis, chaque territoire a fabriqué son Conseil local de santé mentale de façon différente. Il n'empêche qu'il faut un cadre pour que nous parlions tous de la même chose ; mais il doit être adaptable, déformable, je le répète.

Par ailleurs, nous demandons l'inscription du développement des Conseils locaux de santé mentale dans tous les programmes régionaux de santé (PRS). J'invite tous ceux qui siègent dans les CRSA, les conférences de territoire, les commissions des ARS à plaider pour que ce soit quasiment une obligation. Dans toutes les régions, vous êtes, nous sommes dans les CRSA ou les conférences de territoire. Ce sont les lieux où il faut faire remonter cette exigence. Nous l'avons fait en Île-de-France, c'est inscrit. C'était aussi la volonté du directeur général, cela tombe bien, mais partout ailleurs, ce devrait être le cas.

Autre besoin, celui de l'intégration, qui est compliquée et qui nécessite

réflexion, des Ateliers Santé Ville, des Conseils locaux de santé mentale et du Contrat Local de Santé. Comment fabriquer cela pour que cela fasse véritablement politique de santé publique au niveau local ?

Le quatrième point porte sur le développement de la recherche sur le CLSM comme un des modèles de la gouvernance locale ou de la décision locale sur des sujets difficiles, en particulier la prise en charge de situations complexes, et sur l'impact des questions locales. Il y a de la recherche à développer et tous ceux qui sont en contact avec les universitaires – et nous en sommes – devraient essayer de le proposer ou de faire en sorte qu'il y ait des appels à projets dans ce sens.

Enfin, il convient de porter cette expérience au niveau national et européen, de façon à ce que les associations d'élus locaux puissent véritablement donner leur avis et peser.

Nous vous enverrons ce texte, qui est amendable et que nous prendrons le temps d'écrire, mais il me paraît indispensable que nous prenions collectivement position sur ce sujet dans le sens que je viens globalement d'indiquer, les apports de chacun restant évidemment nécessaires.

Je conclurai en disant que le Conseil local de santé mentale est une prise de risque collective au niveau d'un territoire. Comment parvenir, avec des gens différents, avec des publics différents, avec des acteurs différents, à faire citoyenneté ? De mon côté, cela me parle et en tout cas, c'est une question absolument politique. Ce n'est pas une question financière, ce n'est pas une question de techniciens, de médecins ou de psychiatres. C'est une question politique : qu'est-ce que nous voulons comme société ? Voulons-nous une société où tout le monde ait sa place ou voulons-nous une société d'exclusion ? La question se pose particulièrement dans les semaines et mois à venir, évidemment...

Pour finir, nous sommes plusieurs à souhaiter qu'au sein d'Élus, Santé Publique & Territoires, puisse s'organiser un groupe d'élus qui s'adjoindront des professionnels et des usagers représentatifs, pour réfléchir à ce texte mais aussi pour suivre l'évolution du futur plan ou de la loi sur la santé mentale et pour apporter des réponses, puisque de plus en plus de villes demandent comment procéder, s'enquière d'expériences déjà existantes, de sources dont elles pourraient s'inspirer, etc. Nous devons être en capacité de répondre, de diffuser les bonnes pratiques, non seulement celles qui ont été présentées aujourd'hui, mais aussi les autres et celles qui émergeront demain. Nous devons aussi pouvoir analyser les textes et peser sur eux au niveau national. Bref, nous avons besoin de constituer un pôle ressource d'élus et de professionnels sur la question de la santé mentale. Je fais donc appel à candidatures pour que ceux et celles

qui ont envie d'y travailler le fassent et que nous puissions ainsi convaincre leurs collègues, la population, les professionnels, qu'il y a là un outil dont on doit se saisir. Nous devons nous en saisir.

Mon ultime conclusion sera pour dire que dans un an, nous ferons les deuxièmes journées des Conseils locaux de santé mentale, appuyées sur ce groupe et à partir des expériences que vous aurez pu développer, les uns et les autres, pendant cette année.

Merci à vous tous. Je passe la parole à Jean-Luc Roelandt pour la conclusion de la conclusion.

«• *Jean-Luc Roelandt*

En réalité, cela m'évite de conclure, puisqu'il a quasiment tout dit.

Je suis très heureux de cette journée, parce que pour ma part, cela fait plus de trente-cinq ans que je suis mobilisé à travers l'histoire de la psychiatrie sur l'élimination de la citoyenneté d'un certain nombre de personnes sous prétexte de folie. Le seul moyen de lutter contre cette élimination était d'abord de réaffirmer la citoyenneté pour tous, ce qui a été assez imparfait quand la Révolution française s'est instaurée puisqu'elle a défini la citoyenneté pour tous en mettant hors du champ un certain nombre de personnes. Les fous n'ont d'ailleurs pas été les seuls.

Puis, il y a eu les femmes qui n'ont pas eu le droit de vote, les prisonniers, les étrangers, puis une réintégration complète, avec apparition d'un nouveau paradigme : on peut avoir des troubles mentaux et être citoyen. Nous l'affirmons depuis des années. C'est la citoyenneté qui prime, les troubles mentaux n'entravent pas les droits des citoyens.

Nous participons d'un mouvement autour des droits des usagers en médecine. Avec l'OMS, nous avons vu lors des différentes conférences – notamment celle d'Alma-Ata – passer d'un système de soins imposés aux populations à un système où la personne a son mot à dire sur ses soins, en sa qualité de personne citoyenne et responsable. C'est tout ce mouvement d'émancipation, de santé communautaire, de psychiatrie communautaire dont il s'agit et qui est porté comme exemple par l'Organisation mondiale de la santé.

Nous avons eu le grand honneur, avec la psychiatrie allemande, d'avoir exporté les asiles dans le monde entier ce qui n'a pas été une réussite. Si nous arrivions maintenant collectivement à exporter les Conseils locaux de santé mentale dans le monde ce serait une réussite qui nous ferait peut-être pardonner.

«• **Nicole De la Martinière**, *vice-présidente de France-Dépression*

Aude Caria connaît très bien notre association, qui a été créée en 1992 par des bénévoles sous l'impulsion de deux médecins de Sainte-Anne. Notre association est aujourd'hui importante : nous avons 1 500 adhérents. Je vous ai écoutés, je constate que les choses bougent dans les régions et on peut s'en réjouir. Je voulais cependant signaler que nous sommes tous des bénévoles et qu'il faut être réellement motivé pour faire ce travail. Nous avons affaire à des gens qui ont des maladies psychiques, psychiatriques : des personnes dépressives, bipolaires, des personnes souffrant de troubles obsessionnels du comportement, de phobies ou des schizophrènes. Quand ils nous contactent, ils sont tous dans la souffrance extrême. Nous sommes là pour écouter et aider, mais ne pas juger. Nous faisons des groupes de parole.

Nous ne travaillons pas seuls. Nous collaborons depuis peu avec une autre association. Nous sommes tous les jours sur le terrain, nous recevons des appels téléphoniques de gens qui sont dans la détresse, qui sont en train de se suicider, et nous prenons des mesures pour arrêter le drame. Nous parvenons à survivre parce que nous sommes subventionnés par le ministère de la Santé, mais cela ne représente pas beaucoup. Nous n'avons aucune aide des élus, ni de personne d'autre. Nous avons d'énormes charges, notamment de loyer. Ce ne sont pas les cotisations annuelles de nos adhérents qui peuvent nous aider. Nous menons une lutte de tous les jours, avec tout notre cœur et notre dynamisme. Je tenais à vous le dire. Merci.

«• **Laurent El Ghozi**

Merci. La prochaine journée nationale d'étude d'Élus, Santé Publique & Territoires portera vraisemblablement sur les Contrats Locaux de Santé.

Diaporamas

document accompagnant l'intervention de Jean-Luc Roelandt

intervention p. 22 à 26

2

R
A
P
P
O
R
T

S
A
N
T
E
D
A
N
S
L
E
M
O
N
D
E
2
0
0
1

RECOMMANDATIONS GENERALES

- 1 - Traiter les troubles au niveau des soins primaires
- 2 - Rendre les traitements disponibles
- 3 - Soigner dans la communauté
- 4 - Eduquer le grand public
- 5 - Associer les communautés, les familles et les usagers
- 6 - Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
- 7 - Développer les ressources humaines
- 8 - Etablir des liens avec d'autres secteurs
- 9 - Surveiller la santé mentale des communautés
- 10 - Soutenir la recherche

C
H
A
P
I
T
R
E

C
I
N
Q



©
2001

VILLE ET SANTÉ MENTALE

LA STRUCTURATION DES PARTENARIATS EN FRANCE

- 1) La santé n'est pas une compétence légale obligatoire des municipalités
- 2) Les maires disposent d'un pouvoir d'hospitalisation psychiatrique provisoire en cas de « danger imminent pour la sûreté des personnes » (article L. 3213-2 du code de la santé publique)
- 3) La santé mentale, une thématique pour les élus locaux pour :
 - la problématisation de la précarité en termes sanitaires
 - la territorialisation des politiques publiques



PHILOSOPHIE DE L'ACTION

- Intégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine et la santé mentale dans le champ de la santé publique.
- La santé publique nécessite une approche intersectorielle : santé, éducation, logement, justice, travail social, usagers entre les différents acteurs de la santé mentale dans la cité.
- Il n'y a pas de prévention spécifique mais une prévention globale, et qui concerne la citoyenneté, le vivre ensemble, la santé et la santé mentale.



OBJECTIFS GENERAUX

1. Passer d'une logique de service à une logique territoriale, coordonnée par les maires.
2. Rendre la prévention efficace en développant l'accès aux soins précoces et l'insertion sociale
3. Développer les dispositifs qui concourent au mieux vivre ensemble.
4. Associer les Ateliers Santé Ville à la création des CLSM et promouvoir leur création dans le cadre des **contrats locaux de santé**



LA LONGUE GESTATION DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE

- **Circulaires du 12 décembre 1972 et du 9 mai 1974** : incitation à la création de conseils de secteur
- **Loi de sectorisation de 1985** : incitation à la création de conseils départementaux de santé mentale
- **Circulaire du 14 mars 1990** : incitation à la création de Conseils de secteur
- **Plan santé mentale de 2001** : le développement des partenariats locaux entre les acteurs concernés par la santé mentale est présenté comme un axe majeur d'évolution de la psychiatrie publique.



LA LONGUE GESTATION DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (2)

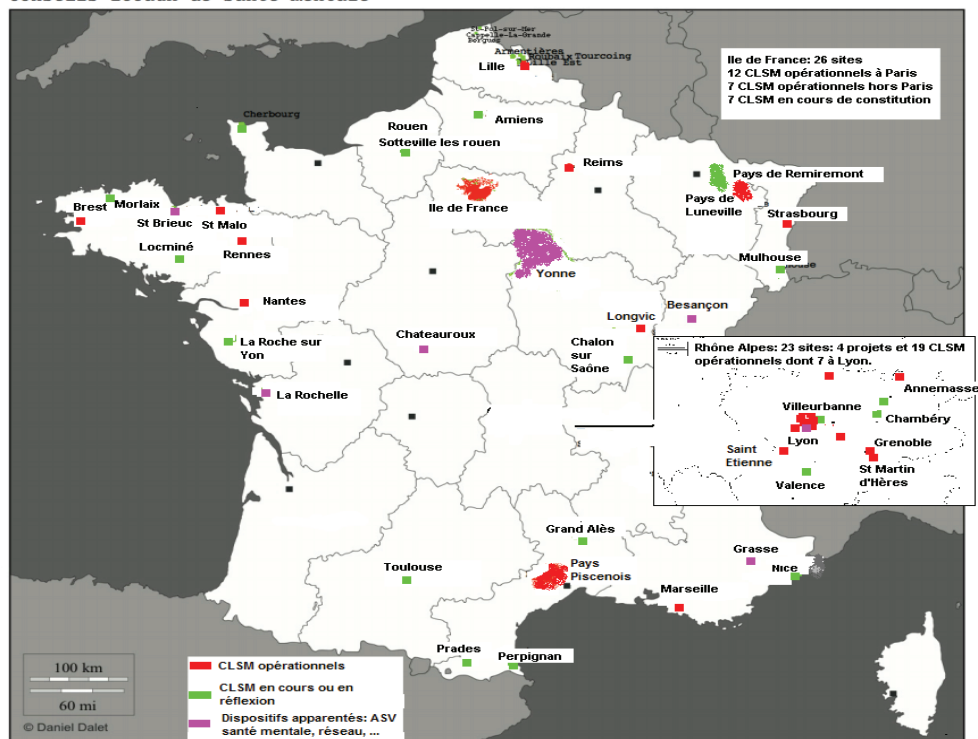
Organisation Territoriale

- **Ordonnance** de 2003 : suppression des conseils départementaux de santé mentale
- **Plan santé mentale 2005-2008** : incitation à la création des conseils locaux de santé mentale à l'échelle des secteurs sanitaires
- **Recommandation Cour des comptes – 12/2011** :
« généraliser les conseils locaux de santé mentale, regroupant sur un territoire l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les généralistes et leurs partenaires, notamment les collectivités territoriales »

Source : Rapport public thématique de la Cour des Comptes « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale » Décembre 2011



Conseils locaux de santé mentale



MÉTHODOLOGIE DE L'ACTION DU CCOMS (1)

➤ **Réalisation d'un guide des expériences locales :**

- Etat des lieux des partenariats existants
- Valorisation des expériences innovantes
- Bilan des effets concrets :
 - soutien à la restructuration de l'offre de soins et de santé
 - prévention en santé publique
 - intégration citoyenne des malades
 - connaissance et reconnaissance mutuelles des acteurs
 - accès aux soins de santé mentale et continuité de la prise en charge
 - coordination des prises en charge



MÉTHODOLOGIE DE L'ACTION DU CCOMS (2)

➤ **Appui théorique et technique adapté au contexte local pour des collectivités locales et équipes psychiatriques volontaires (création ou pérennisation du dispositif existant) :**

- Formalisation juridique
- Présentation des modes de financement
- Echanges d'expériences sous forme de rencontres inter-régionales
- Propositions de formations



document accompagnant l'intervention de Marianne Auffret

intervention p. 32 à 38

8

Le Pacte pour la santé mentale et le bien-être

- Prévention de la dépression et du suicide
- Santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif
- Santé mentale sur le lieu du travail
- Santé mentale chez les personnes âgées
- Lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale

- Soutenir les campagnes et actions contre la stigmatisation (média, écoles, lieu du travail)
- Mettre en place des services de santé mentale intégrés socialement
- Placer l'individu atteint de troubles psychiques au centre des préoccupations
- Encourager l'intégration sociale des individus atteints de troubles psychique (accès à l'emploi, à la formation, aux programmes d'enseignement adaptés)
- Associer les individus atteints de troubles mentaux, leur famille, leurs aidants à l'élaboration des politiques et des processus de décision

De nombreuses initiatives européennes

- **Italie:** projet EUREGHA
- **Portugal:** projet de la Coordination pour la santé mentale - émanant du ministère de la santé - pour le soin des personnes sans domicile fixe.
- **Allemagne:** Alliance Allemande pour la santé mentale (partenariat usagers/aidants/professionnels) qui développe de programmes de sensibilisation a destination des écoles ou des institutions)

Deux exemples de CLSM

Banlieue est de Lille

- 6 communes
- Ancien
- Des évaluations et des résultats effectifs (ex: hospitalisations et offre d'hébergement)
- Coordination autour de situations individuelles

14eme arrondissement de Paris

- Fraction de commune
- Récent
- Pilotée par la mairie
- Carnet d'adresse
- Outil de lobbying
- Plusieurs initiatives concrètes
- Pas de traitement de situations individuelles

Le CLSM

Des modalités différentes selon les communes

MAIS

Des objectifs communs:

- Transversalité
- Multisectorialité
- Echange de pratique
- Partage d'expérience
- Ancrage dans le territoire
- Convocation du maire

Conclusions: grandes orientations

- Autonomisation, implication et consultation des experts de l'expérience
- Mise en place de service de santé mentale intégrée
- Nécessite de replacer la santé mentale dans son contexte social global
- Possibilité pour les personnes atteintes de trouble mentaux d'exercer leurs droits
- Renforcement de la protection sociale comme outil de prévention

LE CLSM, un modèle européen?

document accompagnant l'intervention de Jean Canneva

intervention p. 68 à 72

12

UNAFAM – Citoyenneté et Santé mentale Janvier 2012

L'enjeu pour les personnes, de tous âges, ayant un handicap non stabilisé

**Obtenir le plus d'autonomie et de développement possible
en dépit d'incapacités qui ne peuvent être compensées**

Apprendre à vivre ainsi implique :

- **une plus grande dépendance vis-à-vis de certains tiers, dits de proximité**
- **de conserver des relations sociales en dépit d'un isolement naturel**
- **d'adopter des solutions susceptibles d'évoluer**



La loi de 2005 innove en reconnaissant le handicap psychique

La compensation devient une protection

Elle implique l'intervention de tiers, momentanément ou durablement, qui vont « ajuster » dans la durée :

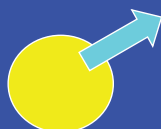
- 1- des soins
- 2- des ressources
- 3- des logements
- 4- des accompagnements
- 5- Si nécessaire, des protections juridiques
- 6- des possibilités d'activités



Pourquoi UNE PROTECTION ?

Le droit commun
La présomption de
capacité

La liberté de
se soigner



Le droit des incapacités
La protection des « semi capables »
par trois lois protectrices

la PJ les SSC l'article 122-1

Famille

Famille

Juge

Juge

Juge



Le plan psychique 2011

D'abord sanitaire il devra comporter aussi des orientations sociale

- 1- Des centres d'aide et de médiation, lors de l'arrivée des troubles**
- 2- Des services d'urgence psy**
- 3- Des formations pour les aidants de proximité**
- 4- Une action déterminée de lutte contre l'abandon.**

Les trois défis de la gestion des parcours

- 1. La chronicité et le débordement sur les urgences,**
- 2. Les poly pathologies dues aux progrès thérapeutiques et au vieillissement,**
- 3. La crise de la dette.**

- La coopération est mise en avant
- mais elle est encore incantatoire.
- Cf. Le rôle des aidants, l'hôpital et la ville, le « cure » et le « care »... L'invasion du social ...

Les freins et les leviers

- On n'échappera pas :
 - à de nouveaux métiers
 - à de nouvelles tarifications
 - à de nouvelles formes de démocratie sanitaire

Pour la mise en œuvre, les Conseils locaux...

QUELQUES OBSERVATIONS

- Les choses bougent quand il y a crise.
- Quels sont les points critiques dans les parcours ?
- Les Conseils peuvent faire se rencontrer le système et la pratique, le médico-social et le sanitaire
- L'importance des conventions entre vrais responsables
- L'importance des procédures de type judiciaire
- Le paradoxe de l'égalité et du cas personnel.

9

LES AIDANTS, les PROFESSIONNELS ET LES ELUS SONT SOLIDAIRES

Ils ont tout intérêt à collaborer, sans distinction de l'âge des personnes souffrant de troubles.

avec un objectif global :

la protection et le développement des personnes les plus fragiles.

Merci de votre attention.

Jean CANNEVA, Président de l'UNAFAM

10

document accompagnant l'intervention de Jean-Louis Lavaud

intervention p. 74 à 80

18

PROJET DE SECTEUR 2000-2005

Le patient citoyen

- Devoir imposé : le projet de service document programmatique
- **Constat d'évidence ce n'est plus à l'hôpital que l'on trouve les patients** (de 200 lits en 1973 nous sommes passés à 24 lits en 2000 avec une file active- les patients soignés- qui a pratiquement triplé)
- **24 patients à l'hôpital /1300 en ville**
- Projet communiqué aux élus le constat pas forcément partagé ou connu impose des contacts

Historique et contexte

- **La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions** a prévu la création d'une **commission d'action sociale d'urgence ou CASU** par département. Cette loi a dévolu aux **centres communaux d'actions sociales (CCAS)** la mission de créer et d'animer une instance à l'échelon communal par la mise en réseau de l'ensemble des acteurs sociaux.
- **La municipalité de Choisy le Roi a créé une commission en ce sens.** les partenaires présents ont fait part de leurs **difficultés grandissantes liées à l'accompagnement des publics en souffrance psychique** résultant souvent mais pas toujours de leur situation économique précaire.

A partir des ateliers santé ville

- **25 avril 2003**(année européenne du handicap) **journée « la Santé Mentale, réalités et perspectives à Choisy le Roi »** organisée avec la municipalité.
- De **très nombreux participants**: Elus, médecins, publics, privés, associatifs, scolaires, de santé publique, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, responsables d'associations, familles, usagers, missions locales, DASS, conseil général, responsables habitat, loisirs, commissaire... **Plus de cent personnes présentes pour une journée entière.**
- Un constat: **le soin n'est qu'une partie de la prise en charge en psychiatrie. La maladie mentale et psychique ne doit pas être un frein à l'insertion possible par le travail, le logement, les loisirs...**
- **Décision** en clôture de la journée avec l'appui des élus et du maire de Choisy qui nous accueille **de créer un conseil local de santé mentale** proposition adoptée à l'unanimité des présents qui correspond à un besoin ressenti de poursuivre ce travail commun.

Le conseil de secteur de santé mentale (cssm) : constitution et activités

- **Officiellement, le CSSM est né le 19 novembre 2004.**
Nécessité d'une approche différente de la psychiatrie face aux difficultés locales
- **Les objectifs du CSSM :**
 - Instance de proximité** : il étudie et tente de résoudre les problèmes d'articulation et de coordination entre les divers acteurs.
 - Mise en commun** et optimisation de nos moyens pour développer l'accès aux loisirs, à la culture, au travail et au logement
 - Prise en compte** de la dimension spécifique de l'accès aux soins des populations immigrées.
 - Informé et mobiliser** les partenaires
- **Objectifs résumés :**
 - prévention** : aussi bien primaire que secondaire en termes d'accès aux soins et de proximité
 - soins** : diversifier les soins de proximité aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation de courte durée
 - accompagnement vers l'insertion**, travail de partenariat important.

Le cadre de travail

- **Un conseil unique pour les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte** regroupant les villes de Choisy le Roi, Orly, Villeneuve le Roi, Ablon, Thiais, Vitry sur Seine
- **Pour faciliter les travaux, le cssm s'est scindé en 2 sous-groupes** : la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto juvénile.
- **Un statut qui reste à définir** : association, réseau, groupe d'intérêt public

Les membres du cssm :

- **Un comité de pilotage et de suivi** : élus à la santé des villes de Choisy et Orly, médecins de santé publique des 2 villes, représentant de L'UNAFAM, médecins des secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie, DGA des 2 villes.
- **Le cssm est constitué par tous ceux qui participent aux travaux.**
 - Les élus chargés de la santé des villes concernées.
 - Les médecins chefs des secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.
 - Les référents santé et social des villes.
 - Les référents des 3 circonscriptions d'action sanitaire et sociale.
 - Le président de l'UNAFAM :
 - Un référent santé de la DDASS :
 - Un référent santé du Conseil Général
 - Les inspecteurs des circonscriptions académiques concernés
 - La CLI
- **Mise en place de groupes ou commissions thématiques**

Sous-groupe Psychiatrie adulte

- groupe « accès aux soins »
- groupe « logement »
- groupe « accès aux loisirs et à la culture »
- groupe « travail »

Sous-groupe Pédopsychiatrie

■ Projet « Séjours séquentiels »

- Organisation de courts séjours pour favoriser un travail thérapeutique. Ces séjours pouvant être pluri-institutionnels.
- - Rupture avec un cadre environnant habituel afin d'élaborer un travail sous un angle différent.
- - Développement et travail sur les liens parents/enfants (un lieu permettant un travail sur la séparation par exemple).

■ Projet « Accompagnement »

- Mise en place d'accompagnements d'enfants et adolescents suivis

Des résultats

- **Réunions du comité de pilotage régulières**
- **Une séance plénière chaque année**
- **Intercommunalité** touchant essentiellement deux villes
- **Une connaissance réciproque**, des échanges nombreux et des besoins recensés des projets qui se développent et aboutissent progressivement
- Mais la **difficulté d'organiser la coordination de l'ensemble** et la nécessité constatée et rappelée de pouvoir disposer d'un coordinateur et d'un secrétariat la bonne volonté des uns et des autres ne suffit pas les partenaires sont très nombreux.

COMMISSION LOGEMENT

■ Accès au logement « normal »- maintien dans le logement

-travail sur des cas concrets ayant permis de concrétiser une attribution

■ Logement d'urgence –précarité

-mise en place d'un accompagnement à la vie sociale (après accord COTOREP pour une durée de 10 ans) couplé à un dispositif de réservation d'une ou deux chambres de foyers

■ Structures adaptées, patients « au long cours »

-Résidence accueil en complémentarité de projets existants

COMMISSION INSERTION PAR LE TRAVAIL ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE

■ Nécessité de travailler ensemble en vue d'améliorer l'accès des personnes souffrant de maladie mentale vers la formation et l'insertion professionnelle.

■ Etablir un répertoire de l'existant : public accueilli, nombre de places disponibles, liste d'attente, conditions, contacts

Val de Marne :

le réseau COTOREP, ANPE, Mission Locale, CAP Vivre, Paul Guinot (réservé aux malvoyants).

Ailleurs :

centre Denise Croissant à Châtenay-Malabry, centre Mogador, Hubert Mignot.

Plan de Cohésion sociale :

dispositif national d'accompagnement mis en œuvre dans toutes les Missions Locales « CIVIS »

EDI :

espace dynamique d'insertion à la ferme pédagogique de Villeneuve le roi, partenariat avec l'ANPE.

COMMISSION CULTURE ET LOISIRS

■ **Nécessité d'avoir un relais sur la ville**

Nécessité d'ouverture d'autres lieux aux patients pour aller au delà de ce tête à tête patient-soignant et en prenant en compte toute la dimension du patient citoyen.

- Groupe de lecture et travail avec la bibliothèque médiathèque d'Orly
- Association « Culture du Cœur »
- Médiathèques d'Orly et de Choisy
- Atelier de peinture et cours de gymnastique à Choisy
- Association RESO (réseau d'échange de savoir d'Orly)
- Travail d'animation de la bibliothèque sur l'hôpital ou au CMP
- Développement d'un projet de club d'accueil et d'entraide mutuelle
- Partenariat avec l'école de danse

LES REALISATIONS

■ **Création d'un GEM « le social art postal club » 2005**

- l'UNAFAM,
- un partenaire associatif, l'élan retrouvé
- l'hôpital Paul Guiraud (le secteur)

■ **Création d'un SAVS 2007**

- conseil général,
- association l'élan retrouvé
- et plusieurs secteurs de l'hôpital Paul Guiraud

■ **Construction d'une résidence accueil de 27 places ouverture 2013**

- Conseil général,
- ville
- secteur
- partenaire associatif l'élan retrouvé

Une mobilisation qui fait tâche d'huile

- **Création d'un réseau Original** Val de marne ouest associant 6 pôles de psychiatrie qui ont élaboré un projet commun
- **Trois axes essentiels:**
 - *L'Articulation avec le secteur médico-social*
 - *La prise en charge des personnes âgées* avec **unité mobile**
 - *La précarité et l'accès aux soins*

Les prochains Contrats Locaux Santé des ARS

- la ville de Choisy le roi a posé sa candidature.(avec deux autres communes)
- Un diagnostic local de santé est en cours

document accompagnant l'intervention de Mathieu Fortin

intervention p. 88 à 92

26

CLSM de Villeurbanne : organisation

Président : monsieur le Maire

Assemblée plénière (1/an)

(adjointe au maire «handicap, accessibilité et promotion de la santé ») *

Comité d'organisation de la Sism

(Ades du Rhône)*

Comité technique

- CH Le Vinatier (CMP / Ittac)
- ARS Rhône-Alpes – DTD du Rhône
- Département du Rhône
- Ville de Villeurbanne*
- 1 représentant par groupes de travail associés

Groupe Interprofessionnel Clinique (Gic) – jeunes 16-25 ans

(Point écoute municipal)*

- CMP
- SMC
- Mission locale
- Anpaa
- DDPJJ
- Ville de Villeurbanne
(Point écoute)

Groupe Régulation en Santé Mentale (GRSM) (2/an)

(DSP)*

- CMP adultes
- SMC
- Dpt du Rhône
- ARS – DTD
- CCAS
- Abc HLM
- bailleurs sociaux
- Adoma / Aralis
- Police nationale
- Ovipar
- Adiaf
- juge des tutelles
- Ville de Villeurbanne
(DPMS, DSP, habitat)

Coordination opérationnelle

(DSP)*

- acteurs de terrain
- CMP adultes
- Département du Rhône
- Abc HLM
- Ville de Villeurbanne

"précarité et souffrance psychique"

(DSP)*

- Département du Rhône
- ARS – DTD du Rhône
- SMC
- CMP adultes
- Centres sociaux
- ADL
- Ville de Villeurbanne
(CCAS, développement
économique, DSP, 3DV'2)

"soins sans consentement"

(DSP)*

- ARS – DTD
- parquet de Lyon
- Sdis du Rhône
- CMP adultes
- Police nationale
- Département du Rhône
- SOS médecin
- Unafam
- CCAS
- Ville de Villeurbanne
(DG, DPMS, DSP)

"souffrance psychique et petite enfance"

(DPE)*

- Dpt du Rhône
- Ittac
- Ville de Villeurbanne
(DPE)

* : animateur

novembre 2011

Précarité et souffrance psychique : des constats partagés

ville de vi||eurbanne

Recherche-action (2005) (1/2)

- **Souffrances psychiques ↔ vulnérabilités sociales :**
 - ⌘ manifestations variées / pas toujours identifiables
 - ⌘ obstacles à l'accompagnement des individus
- **Difficultés de la prise en compte des manifestations observées :**



Recherche-action (2005) (2/2)

- Limites des champs d'intervention :

- ⌘ quelle légitimité au regard des référentiels métiers ?
- ⌘ pas formé pour ...

- Difficultés d'orienter :

- ⌘ ressources locales peu identifiées
- ⌘ turn-over des professionnels



8

Vers un plan d'actions

- Objectifs auprès des professionnels :

- ⌘ favoriser culture commune
- ⌘ rendre visible et lisible les réponses existantes
- ⌘ qualifier et outiller les acteurs de première ligne

- Objectifs auprès des publics :

- ⌘ fluidifier les parcours de prise en charge (sanitaire / sociale)
- ⌘ prévenir des processus d'exclusion

- 2007 : 1 journée de sensibilisation

- ⌘ enjeux précarité et souffrance psychique
- ⌘ contexte et évolution des politiques publiques
- ⌘ ressources locales (forum / stands)

- Depuis 2009 : cycle de formation-action

9

Cycle de formation-action

ville de vi || eurbanne

Objectifs

- **Connaître, qualifier et partager les notions « souffrance psychique », « maladie mentale » / « précarité »**
- **Repérer les problématiques :**
 - ✚ en tenant compte des parcours de l'utilisateur
- **Qualifier une problématique donnée :**
 - ✚ en déduire les freins et proposer des leviers de l'accompagnement
 - ✚ de façon partenariale
- **Identifier les ressources locales :**
 - ✚ pour une orientation adaptée si nécessaire

Méthode (1/2)

- **300 professionnels concernés : 20 participants par session**
 - ✧ social / insertion par le logement / insertion socio-professionnelle / soins psychiques / soins ambulatoires

- Co-animation :

- ✧ Conseil technique social
- ✧ CMP de Villeurbanne

- Intervenants de terrain :



ville de villeurbanne

- Financeurs :

12

Méthode (2/2)

- 5 modules sur 2 jours consécutifs :

- ✧ la souffrance psychique en lien avec la précarité et l'exclusion
- ✧ la prise en compte des manifestations pathologiques
- ✧ relations partenariales : rôles et limites de chaque professionnel
- ✧ lorsqu'il faut orienter ...
- ✧ ateliers des pratiques (sous groupes)

- Outils pédagogiques :

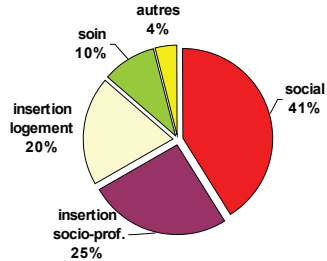
- ✧ dossier du participant
- ✧ guide nationale "souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social"
- ✧ fiche mise en situation (ateliers des pratiques)
- ✧ fiche ressources locales
- ✧ brochures institutionnelles



13

Résultats agrégés (1/2)

- 52 participants (55 inscrits) :



- Motivations et attentes lors de l'inscription :

- partages d'expériences / échanges des pratiques = 50 %
- rencontrer les acteurs / rendre lisible le réseau = 44 %
- outiller ses pratiques professionnelles = 29 %

14

Résultats agrégés (2/2)

- Perceptions de la formation :

- amélioration des connaissances = 79 %
- acquisition d'un état d'esprit = 42 %

- 94 % des participants pensent pouvoir utiliser les acquis de cette formation dans son activité professionnelle

- 79 % des participants pensent pouvoir compléter les acquis de cette formation par la pratique

- Point faible : densité du programme sur courte durée

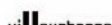
- Points forts :

- ateliers des pratiques : + + +
- intervenants de terrain
- 100 % des participants conseilleraient cette formation

15

Perspectives

- **Reconduction du cycle en 2012 (juin)**
- **Entretien du réseau des professionnels formés :**
 - ↗ partage actualités locales (actions, référents, ...)
 - ↗ expérimentation d'1 temps de rencontre 2^{ème} semestre 2012 à partir des attentes
- **Réflexion adaptation du dispositif de Coordination opérationnelle :**
 - ↗ souffrance psychosociale et troubles du voisinage
 - ↗ situations individuelles non urgentes



16

Pour ne pas conclure ...

- **Action de qualification aux frontières des pratiques professionnelles :**
 - ↗ fluidifier les accompagnements et parcours de santé
 - ↗ processus d'alerte précoces (prévention des processus d'exclusion)
- **Exemple de déclinaison territoriale de politiques publiques**
- **Cadre possible : le CLSM**

17

document accompagnant l'intervention de Pilar Arcella-Giroux

intervention p. 93 à 97

34

Aubervilliers, une ville ouvrière, jeune et cosmopolite...



- 72 000 habitants
- 36% d'ouvriers dans la population active
- 41,6 % des habitants ont moins de trente ans
- Taux de chômage: 22,6% (11,5% en IdF)
- Revenu par ménage: 10 603 € / an (44% ne sont pas imposables)
- Population étrangère: 30% (moyenne départementale 19%)

Objectifs de l'ASV

- *Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;*
- *Faciliter la mobilisation et la coordination des intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ;*
- *Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;*
- *Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;*
- *Développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (...) et d'autre part, favoriser la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaires et sociaux concernés par ces programmes.*

Note conjointe DIV/DGS du 13 juin 2000

ASV: territoires pilote (sept. 2000)

En Seine-Saint-Denis

1. Aubervilliers
2. Le Blanc-Mesnil – Dugny
3. Clichy-sous-Bois
4. La Courneuve
5. Pierrefitte-sur-Seine

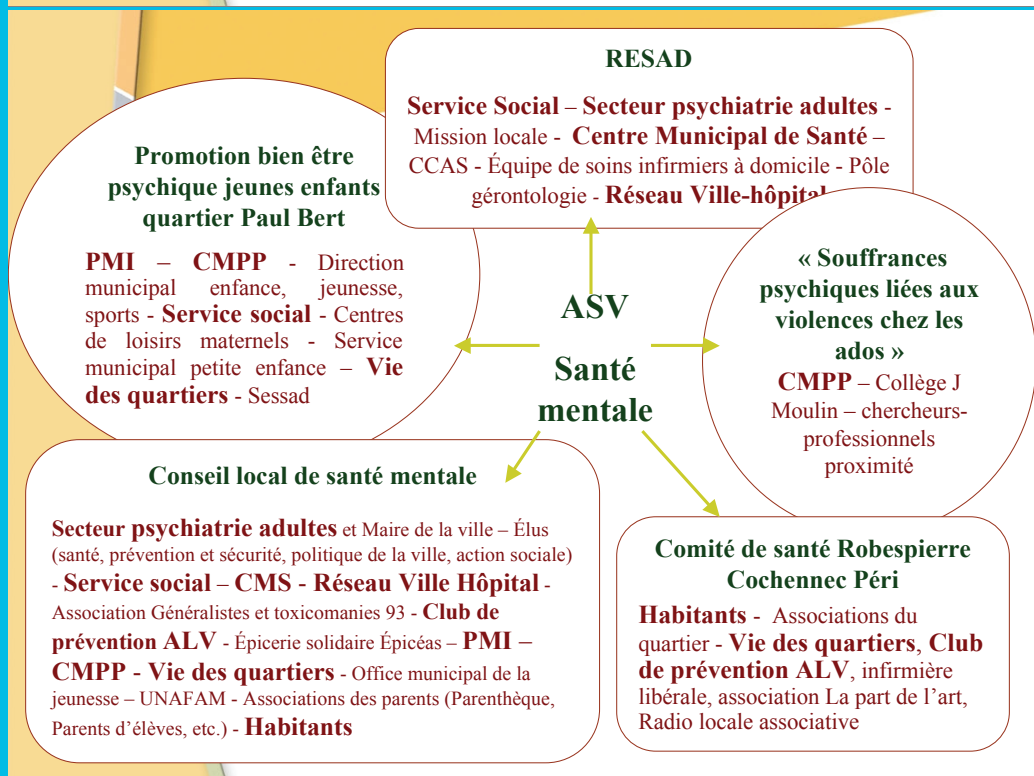
En Provence-Alpes-Côte d'Azur

1. Martigues-Port-de-Bouc
2. Salon-de-Provence
3. Marseille (centre ville)

Les premiers ateliers: demande d'un volet santé mentale

A partir des constats partagés, réflexion sur des possibilités de solution à la portée du groupe

- Auprès des professionnels (concertation, construction de synergies, innovation...)
- Auprès des publics (prise en compte des facteurs de protection, actions « de première ligne »...)



Réunions d'évaluation de situations d'adultes en difficulté - RESAD (2001...)

La RESAD a lieu dans la salle de réunion du Centre municipal de santé le premier jeudi de chaque mois de 14 H à 17 H

Un maximum de trois situations (une heure par situation) peut être analysé lors de chaque réunion

Les conclusions de chaque RESAD sont portées sur une fiche synthétique non nominative transmise aux professionnels engagés sur la situation discutée et aux membres permanents

RESAD Un comité de membres permanents

RESAD (adultes et jeunes adultes)

- le Service Social
- le SCHS
- le Centre Henri Duchêne (secteur psychiatrique)
- la Mission locale
- le Centre Municipal de Santé

RESAD (personnes âgées)

- le CCAS
- l'Équipe de soins infirmiers à domicile du CMS
- le Pôle gériatrie de la ville
- le Réseau Ville-hôpital

RESAD: Objectifs

- ✓ analyser des situations psychosociales complexes en les resituant dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque professionnel présent lors de la réunion
- ✓ évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain
- ✓ renforcer les liens interinstitutionnels

Resad: les outils

- Manuel de procédures
- Grille de lecture
- Tableau récapitulatif

RESAD: Évaluation

- 23 situations analysées en moyenne par année
 - Le logement est la catégorie de problèmes la plus représentée
- En moyenne, annuellement 45 professionnels appartenant à 14 structures sont demandeurs ou invités
 - 50% d'assistantes sociales
- Motivations des professionnels demandeurs :
 - Associer d'autres professionnels au suivi de la situation
 - Alerter sur une situation potentiellement dangereuse pour l'utilisateur ou pour son entourage
 - Améliorer sa propre compréhension de la situation

Évaluation: les forces de la RESAD

- Une meilleure gestion de l'action
 - Mise en recul des professionnels intervenant sur la situation (grille de lecture)
 - Coordination de l'action (lieu de régulation-concertation)
 - Inscription dans le temps des articulations entre acteurs
- Une formalisation nécessaire
 - Rappel par l'écrit du caractère « décisionnel » de la réunion
 - Répartition des tâches: « *aucun service n'est plus le seul à effectuer l'accompagnement* »
 - Amélioration de la lisibilité de l'accompagnement

Évaluation: les forces de la RESAD

- Un partenariat plus organisé
 - Connaissance accrue des autres structures et professionnels
 - Recours aux autres professionnels facilité
- Une rupture de l'isolement des professionnels
 - Redynamisation de l'équipe et/ou du professionnel
 - Élargissement des champs de connaissances
 - Lieu de socialisation des professionnels
- Une légitimation de l'intervention des professionnels (entre eux, vis à vis de leur structure, par rapport aux autres structures...)
 - Validation et valorisation de la démarche du professionnel
 - Validation du travail réalisé par les structures

Évaluation: les limites des RESAD

- Des degrés différents d'implication dans l'action
 - Une grande attente des services sociaux
 - Une réponse décalée de la psychiatrie
- Un apport limité pour les intéressés eux-mêmes
 - Des changements significatifs dans la vie quotidienne de l'intéressé?
- Une participation encore insuffisante des médecins de ville
 - Une participation très demandée mais...
 - Des problèmes de temps, de disponibilité, d'information
- L'absence de formalisation du retour sur le suivi

document accompagnant l'intervention de Patricia Saraux

intervention p. 98 à 102

42

Le Réseau Santé Mentale: CLSM en devenir

Favoriser l'intégration et la place des handicapés psychiques et des personnes présentant des troubles psychiques dans la cité.

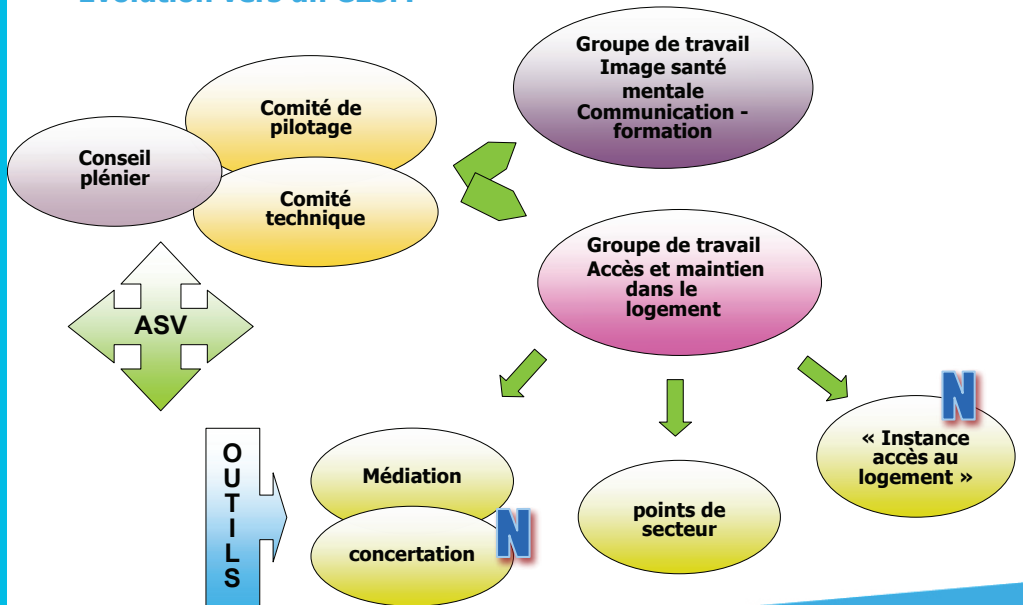
Historique : interpellation bailleur social – 1995

Problématique : difficulté à vivre dans la cité pour des personnes porteuses d'une maladie mentale chronique ou en souffrance mentale, souvent dans un contexte d'isolement, voire d'exclusion

Démarche

- Un réseau : sur la base d'un fonctionnement de CLSM
- Des outils de concertation et de prévention: **points de secteur, médiation**
- Une lutte contre la stigmatisation: image et santé mentale

Évolution vers un CLSM



Ville de Nantes -le Réseau santé mentale- 2009

3

Les partenaires

Bailleurs sociaux
CHU DE Nantes
Association insertion par le logement
Associations d'aide à domicile
Organismes de tutelles
Association d'usagers et de familles
Police
SOS Médecins
CCAS
Service hygiène de la ville
ARS
Conseil Général

Ville de Nantes -le Réseau santé mentale- 2009

4

Outils de prise en charge de la santé mentale

Nantes 290 000 habitants

1. Médiation en santé mentale

124 signalements au maire traités en lien avec le réseau santé mentale

2. Points de secteur

- 100 situations ont été abordées au **point de secteur** qui est un espace de concertation de professionnels des services de psychiatrie du CHU, des bailleurs sociaux, de la ville de Nantes et de l'AISL autour de situations individuelles de personnes en difficulté. Ce groupe intègre autant que de besoin d'autres professionnels. C'est un outil du réseau santé mentale.

3.concertation

- 19 situations ont fait l'objet de concertations, 5 à l'initiative de la ville et 14 de partenaires

PS: 40 émission d'arrêtés provisoires d'hospitalisation d'office HO, en diminution

Ville de Nantes -le Réseau santé mentale 2009

5

La médiation en santé mentale :

Pilotage et animation par la Mission santé Publique

Objectif : apporter une réponse adaptée à une situation d'une personne souffrant de troubles psychiques et troublant l'ordre public

124 interpellations par courrier ou appel téléphonique en 2010 (plaintes, pétitions, interpellations de professionnels)

Demandeurs :

33% bailleurs,
15% police,
14% service hygiène ville,
8% voisins, etc...

Motifs :

24% TOP
20% TC
19% TV
19% insalubrité,
3% expulsion

Réponse: Évaluation de la situation auprès du réseau de la personne

80 % points de secteur

32% visite à domicile en binôme par l'Hygiène et la MSP

23 % vers le soin

22 % vers un service social

13 % mobiliser des professionnels

9 % un soutien technique aux personnes

19 concertations

Ville de Nantes -le Réseau santé mentale 2009

6

Points de secteur:

Espace de concertation organisé entre le CHU, les bailleurs et la ville

Objectif général : Favoriser l'intégration dans la cité des personnes présentant des troubles psychiques

- ✓ Aide au maintien dans le logement
- ✓ Aide à vivre dans son logement en raison de troubles du comportement ou de de l'ordre publique et du voisinage

2010: 100 situations

35 % déjà connues de la psychiatrie
80 % de personnes en isolement
20 % des situations abordées plusieurs fois dans l'année (en moyenne 2 fois)

Motifs

48% troubles du comportement
6% troubles du voisinage
6% troubles de l'ordre publique

Réponses:

34 % vers les soins
16 % lien avec des professionnels
14 % vers le social
7 % logement (mutation, nettoyage, logt adapté)
3 % rappel à la loi

Fonctionnement: 4 points de secteurs autonomes

- ✓ Pilotage et animation par la ville (chargée de projet Mission Santé Publique)
- ✓ Rencontres trimestrielles par secteur soit 16 pour la ville
- ✓ Participants permanents: bailleurs sociaux, service de psychiatrie, Ville
- ✓ Possibilité de participation autres professionnels sur invitation
- ✓ Principe de pertinence et de précaution sur la transmission d'information avec l'écriture d'une charte de fonctionnement et d'éthique
- ✓ Pas de compte rendu commun pour assurer le respect de la confidentialité
- ✓ bilan annuel effectué par la MSP

Limites et perspectives des points de secteur

Point +

- Résolution de problème
- Culture partagée
- Meilleure connaissance des missions et des limites de chacun

Point -

- Secret partagé et personne non informée
- Difficultés face aux situations psychosociales (isolement et conduites additives)
- Culture de réseau: mobilisation de certains partenaires qu'en fonction de « *leur besoin* »
- Évaluation du dispositif
- Dynamique fortement soutenue par la ville

Perspectives

- Intégration au CLSa copiloté avec l'ARS:
« faire avec les partenaires pas à leur place »
- Création d'outils de suivi des situations
- Élargir à d'autres partenaires: CCAS, CG
- Formation des acteurs de proximité
- Projet de logements adaptés

document accompagnant l'intervention de Alain Mezrag

intervention p. 104 à 108

48

XXIème siècle:La Santé,un enjeu citoyen

Globalisation des réponses aux problèmes de Santé

Recommandations OMS 2001/OUI au soin,NON à
l'exclusion

Plan de Santé Mentale 2005

Loi HPST 2009

Cour des Comptes 2011

Risque suicidaire en France

1 suicide/40 minutes

10 000 morts-150 000 tentatives de suicide/an

60000 endeuillés

Le risque psychique individuel se combine à une
pauvre qualité de vie et en situation de précarité

Conférence de Consensus Paris 2000

Recommandations pour les soins

Programme de Formation Nationale

Réseau Santé de Tourcoing(1999)

Elus, Professionnels de terrain

Situations difficiles et récurrentes

Cloisonnement de la Psychiatrie

Enquête Santé Mentale en Population Générale(1999)

Diagnostic

35,6% = au moins 1 problème de Santé Mentale à risque suicidaire
(anxiété,dépression,recours aux toxiques)

Représentations

Préoccupation de la population/problèmes de Santé Mentale
Haut niveau de souffrance pour les personnes et les familles
Entourage et médecins généralistes =1ers interlocuteurs
Bonne connaissance des structures de soins

80% attribuent les troubles du comportement violents à la maladie mentale/exclusion

30-40% méconnaissent le risque suicidaire

+60% n'attribuent pas de caractère pathologique aux consommations de toxiques

Bilan de départ

Les sujets en souffrance ne consultent pas les professionnels de la Santé

MAIS

Ils partagent leurs sentiments de désespoir avec des professionnels plus accessibles

Projet Chaîne de Vie:Objectifs

Formation

Améliorer les compétences

Créer du lien entre professionnels

Structures de soins adéquates

FORMATION A L'ABORD DE LA CRISE SUICIDAIRE

Programme Seguin/Terra - Plan Suicide Ministère de la Santé
groupes pluri-professionnels

Objectifs

Travailler les représentations du suicide

Evaluer le risque, l'urgence et la dangerosité

Expérimenter l'intervention en situation de crise

Stimuler les dynamiques de réseau

1000 Personnes et structures formées

Médecins généralistes , Infirmiers libéraux,Équipes de
Santé Mentale,Service des
Urgences,Alcoologie,R'Libre,CHRS,Maisons de retraite,
Circonscriptions sociales, UTPAS Mission
Locale,CCAS,CLIRPA,CADA

CPAM, Conseil Général,**Mairie**

Associations : UNAFAM – Nord Mentalités – Accidentés
de la vie -REAGIR – SOS AMITIE

Collèges : Mendès France – Branly – Jules Verne – Marie
Curie – Lycée Sévigné
Cinéaste

Intégration au Comité de Pilotage

NOUVEAUX LIEUX DE SOINS

Espace Abbé de l'Epée: CMP CATT de Crise en Ville

Attente zéro jour

Prévention primaire+++

Plate forme du Réseau Chaîne de Vie

Coordination des Urgences

Prévention secondaire+++

8 Lits de Crise /Unités Tourquennoises de Psychiatrie

Séjours 72h

N° d'Urgence 24H/24

LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Chantiers d'insertion

Sport, Arts plastiques, Défilé de Mode...

Articulation forte avec la ville



MAIS ...



Persistance des peurs et préjugés

Précarité sociale grandissante

Partenaires difficiles à atteindre (police, pompiers...)

Financement des formations aléatoire

Pérennité des actions ?

**Nécessité d'un lien fort, visible et durable avec la
Ville pour une démocratie sanitaire et sociale de
proximité**



Le Conseil Local de Santé Mentale de
Tourcoing=mise en intelligence partagée
des partenaires

Intervention précoce
Accessibilité aux soins
Lutte contre l'isolement et la stigmatisation



A l'égard des troubles
psychiques

Il ne faut pas avoir mais
ETRE partenaires!

Ce n'est pas EUX,c'est
NOUS!!!!!!

document accompagnant l'intervention de Marc Godefroy

intervention p. 118 à 124

56



I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1. Contexte de création :

- Services de santé mentale de la banlieue est de la Métropole Lilloise, pôle 59G21
- Création d'un groupe de réflexion centré sur la question de l'emploi durable des personnes handicapées en raison de troubles psychiques

2. Forme juridique:

- ESAT: Etablissement de Service et d'Aide par le travail, structure médico-sociale, deux vocations:
 - . La mise au travail des usagers
 - . L'accompagnement vers l'intégration et l'autonomie sociale
- Géré par l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille métropole

3. Public visé:

- Personnes en situation de troubles psychiatriques sévères (psychoses et psychoses maniaco-dépressives), présentant une stabilisation de leur maladie

4. Fonctionnement « extra- muros » :

- Pas d'activité de production propre
- Contrat de mise à disposition individuelle des usagers au sein de municipalités et associations partenaires (l'EtiC reste l'employeur, facturation à la structure d'accueil)
- Sur des postes à temps partiel, correspondant aux attentes et capacités des personnes
- Accompagnement et soutien professionnels sur le lieu de mise à disposition
- Accompagnement et soutien socio-éducatifs en dehors du temps de travail (à domicile le plus souvent)

5. L'équipe et ses missions

Le médecin psychiatre:

- Processus d'intégration
Vérifie la pathologie et sa stabilisation
Valide l' « adéquation » du profil de la personne à la spécificité « hors murs » de l'établissement
Fournit à l'équipe des indications ou contre indications relatives au projet professionnel de la personne
- Pendant le parcours d'insertion professionnelle
Interface avec les équipes de soins et les médecins psychiatres des usagers de l'EtiC

L'éducateur spécialisé

En charge de l'accompagnement socio-éducatif qui vise l'accès à l'autonomie, à la socialisation des usagers.

Accompagnement individualisé et personnalisé en fonction des difficultés et des besoins repérés dans un contexte de reprise d'une activité professionnelle.

Exemples:

- Soutien et accompagnement dans les différents actes de la vie quotidienne (autonomie dans les transports, hygiène, gestion du budget...)
- Sensibilisation et accompagnement à la vie dans la cité (activités culturelles, sportives, de loisirs, associations d'usagers de la psychiatrie...)
- Orientation et accompagnement dans les démarches administratives (Caisse d'Allocation Familiale, Sécurité Sociale, Pôle Emploi...)

Organisation des sorties collectives

La psychologue du travail/ Responsable de la structure

- Fonction chargée d'insertion professionnelle

Elaboration, mise en place et suivi du parcours professionnel

Prospections des postes de travail

Sensibilisation des partenaires au handicap psychique

- Fonction de direction

Pilotage, coordination et animation de l'EtiC

Relation avec les partenaires institutionnels

Suivi administratif et financier

6. Parcours de l'utilisateur au sein de l'EtiC, les différentes phases

- La procédure d'accueil:
Orientation par les équipes de soins
Deux entretiens: la responsable et le médecin psychiatre de l'EtiC
- La période de mise en situation de travail au sein d'une entreprise d'insertion partenaire pour validation du projet
- L'intégration au sein de l'EtiC
Préparation à la mise à disposition, définition projet professionnel, du futur domaine d'activités en fonction des attentes et capacités repérées (en entreprise d'insertion).
La mise à disposition au sein d'une municipalité ou association partenaire

7. Finalités:

Permettre à des personnes en situation de handicap psychique d'exercer une activité professionnelle

- En milieu ordinaire de travail
- Sur des postes adaptés aux capacités et attentes des usagers
- Dans des conditions accompagnées
- De manière pérenne ou transitoire

8. Mobilisation des ressources :

- Services de soins en santé mentale du territoire
- Municipalités et associations accueillant les usagers
- Entreprises d'insertion, entreprises adaptées
- Services de protection des majeurs, associations tutélaires, services sociaux, bailleurs
- Centres sociaux, clubs, associations d'usagers
- Famille, amis...

EtiC en chiffres: 15 usagers

Sexe : 40% de femmes, 60% d'hommes

Age : moyenne: 39 ans

40% ont entre 30 et 35 ans

60% ont entre 35 et 47 ans

Temps d'inactivité avant la prise en charge :

Moins de 2 ans : 30%

Entre 2 et 5 ans : 25%

Plus de 5 ans : 45%

Tous les postes sont occupés à temps partiel :

20h/semaine

Lieu de mise à disposition :

50% des postes sont occupés au sein de municipalités, 50% au sein d'associations (principalement des centres sociaux)

Type de poste occupé :

- Secrétaire polyvalente
- Agent de nettoyage
- Animateur senior
- Agent en espace vert
- Agent de restauration collective (cantine scolaire, maison de retraite et restaurant municipal de la ville de Lille)
- Agent d'accueil et de maintenance
- Agent de voirie

II. Les facteurs de réussite de l'intégration socio-professionnelle

1. Dans la préparation au travail

- **Le travail du deuil**

Perte de compétences acquises antérieurement à la maladie, diplôme qui ne correspond plus au niveau effectif de la personne

- **Un projet réalisable**

Qui tient compte des capacités effectives, repérées dans la mise en situation de travail

- **Le temps incompressible**

2. Dans la mise au travail

- **Le temps partiel**

Adapté à la problématique du handicap psychique (fatigabilité, gestion du stress...)

- **Nécessité d'un suivi professionnel et socio-éducatif**

Permet l'aplanissement des difficultés souvent vécues comme insurmontables

- **Maintien, enrichissement du réseau social hors travail**

Gage d'inclusion sociale qui fait souvent défaut

- **Communication, sensibilisation, lutte contre la stigmatisation**

Condition indispensable de l'efficacité et du succès de l'intégration

- la souplesse des dispositifs

Qui permet de répondre à la variabilité du handicap

- La nécessaire coordination et coopération entre secteur sanitaire et médico-social

Déterminante pour permettre un ajustement des traitements et du suivi en cas de modifications ou aggravations des troubles

- La totale disponibilité de l'équipe pour l'utilisateur et la structure d'accueil

- L'attention aux périodes de transition

L'adaptation des soutiens pendant ces périodes de fragilisation

document accompagnant
l'intervention de
Aude Caria

intervention p. 140 à 144

64



Semaine d'information
sur la santé mentale

www.semaine-sante-mentale.fr

La semaine d'information sur la santé mentale en France : quels impacts ?

Aude CARIA

Chargée de mission, Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS)/ Centre hospitalier Sainte-Anne

Responsable du Comité de coordination national de la SISM



Journée CLSM, Hôtel de ville de Paris, 6 janvier 2012

Semaine d'information sur la santé mentale

- **CONVIER** aux réunions de la SISM un public qui n'est pas habituellement sensibilisé aux questions de Santé mentale, dans un double but de pédagogie et de dédramatisation.
- **INFORMER**, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
- **RASSEMBLER** par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé mentale.
- **AIDER** au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en Santé mentale.
- **FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

Semaine d'information sur la santé mentale



Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM) • Association française de psychiatrie (AFP) • **Association française de psychologie communautaire (AFPC)** • **Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (AGAPSY)** • **Association des Maires de France (AMF)** • Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France)/EPSM Lille-Métropole • Centre national audiovisuel en santé mentale (CNASM) • Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine (FASM Croix-Marine) • **Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP)** • Fédération française de psychiatrie (FFP) • **Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)** • Fédération Nationale des associations d'usagers de la psychiatrie (Fnapsy) • Mutualité française Ile-de-France • **Société française de santé publique (SFSP)** • Société médicale Balint • Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

ccoms@epsm-lille-metropole.fr

4

Semaine d'information sur la santé mentale

Coordination : Centre collaborateur OMS (Lille, France)

- **QUAND** : troisième semaine de mars
- **QUOI** : 500 événements : débats, films, symposiums, meetings, visites, témoignages, expositions, animations
- **QUI** : usagers, familles, médecins généralistes, psychiatres, psychanalystes, psychologues, membres des associations, chercheurs, enseignants, journalistes, élus locaux, artistes, juristes, infirmiers, travailleurs sociaux
- **POUR QUI** : grand public dans un but de sensibilisation, d'information
- **Travail de proximité**

ccoms@epsm-lille-metropole.fr

5

Liste des événements
Enregistrez
votre événement

Semaine d'Information sur la Santé Mentale Du 12 au 18 mars 2012 Fiche d'inscriptions de manifestations

Événement

Titre :
Catégories : (Mettre abréviations : des catégories ci-dessus)
(Conférence, Table-ronde, Séminaire, Conférence, Conférence, Séminaire, Conférence)
Description :
(Moins de 500 caractères, 5-6 lignes suffisent)
Intervenant(s) :
Lieu :
code postal : Ville :
Du : au : Horaire :

Organisateur

Nom :
Adresse :
code postal : Ville :

Renseignements et inscriptions

Nom : Prénom :
Tél :
Email :
Site web :

Attention : une seule manifestation par fiche !

Événements par date

Lundi 12 mars
Mardi 13 mars
Mercredi 14 mars
Jeudi 15 mars
Vendredi 16 mars
Samedi 17 mars
Dimanche 18 mars

Catégories

Conférence
Portes ouverte
Spectacle
Café-débat
Ciné-débat
Exposition
Animation thématique

Partager ces infos :



Flux RSS



Nos Partenaires



Mentions légales | Contact | Réalisation : Indépendants associés

Exemple à Rennes*



Le collectif SISM est coordonné par la Maison Associative de la Santé en collaboration avec la Ville de Rennes et regroupe:

- Alfadi • Adapei 35 • L'Antre-2 • L'Autre Regard • l'association tutélaire d'Ille-et-Vilaine • l'APASE • les secteurs du Centre Hospitalier Guillaume Régnier et les associations (RESO 5, Thérapie et Vie Sociale • La Rive • le Centre socio-thérapeutique et culturel) • la clinique de l'Espérance • la clinique du Moulin • le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine • le Cinéma Arvor • le Coeps 35 • Collectif "Ensemble prévenons le suicide" • Coop1 service • le dispositif de soutien aux tuteurs familiaux • Espoir 35 • la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine • Fil Rouge • FNAPsy (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) • le foyer de la Thébaudais • Lueur d'Espoir • la Maison Associative de la Santé • le S&S - Point accueil écoute jeunes du CRIJ • le SAVA Itinéraire Bis • SOS Amitié • le Théâtre de l'Aire Libre - St-Jacques-de-la-Lande • l'UNAFAM 35 (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) • La Ville de Rennes

Exemple à Marseille*



Collectif coordonné par l'association ARPSYDEMO et regroupant :

- **Usagers et familles, GEM**
- **Élus** : Mairie, conseil généraux
- **Professionnels** : EPSM, CH, acteurs sociaux, associations
- **CLSM**
- **Partenaires culturels** : cinémas, médiathèques, salles d'expo



Exemple à Nantes*



La SISM est coordonnée par la mission Santé publique de la Mairie de Nantes et regroupe :

- UNAFAM, GEM, Le nouveau Cap, MDPH, SAVS le quai de l'espoir (ADMR), entreprise adaptée espaces verts, ADAPEI, association L'Ancre-Adélis, service de psychiatrie du CHU de Nantes, Fédération Croix Marine



Exemple à Paris*

SANTÉ MENTALE :

COMMENT EN PRENDRE SOIN ENSEMBLE ?



SEMAINE D'INFORMATION
DU 14 AU 20 MARS 2011



Les actions de la SISM sont organisées par :

- Les Mairies des 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 6^e, 10^e, 11^e, 14^e, 15^e, 16^e, 17^e et 18^e arrondissements, dans le cadre des actions de leur conseil local de santé mentale.
- L'Union nationale des amis et familles de malades et/ou handicapés
- psychiques (UNAFAM-Paris)
- La Fédération nationale des usagers de la psychiatrie (FNAPSY)
- Le Psycom75, organe de communication externe des établissements publics de santé mentale de Paris, qui édite le programme.
- Les hôpitaux de Saint-Maurice, l'Etablissement public de santé Maison-Blanche, le Groupe public de santé Perray-Vaucluse, le Centre hospitalier Sainte-Anne et l'Association de Santé Mentale du 13^e arrondissement de Paris.
- Les associations : Droits d'urgence, La vague à l'âme et Advocacy-Paris Ile-de-France et les Neveux de Rameau.
- Les groupes d'entraide mutuelle : Artame gallery, l'atelier du Non-Faire, la Maison de la Vague et l'atelier Van Gogh.
- Le collectif les Evadés du bocal



Exemple dans le Rhône*



Le collectif SISM du Rhône est coordonné par l'ADES et regroupe :

- Centres Hospitaliers Saint-Jean de Dieu, Le Vinatier et St-Cyr au Mont d'Or, DRSP du CH Le Vinatier, MGEN, Mutualité Française du Rhône,
- Département du Rhône Villes de Lyon, Villeurbanne et Vaulx-en-Velin, Conseils locaux de santé mentale,
- ARHM, ADES du Rhône, ASSAGA, Association de la Roche, Association GRIM, Coordination 69 (SOINS psychiques et Réinsertions), Envol et Compagnie, France Alzheimer Rhône,
- Groupement des Psychiatres Libéraux Rhône-Alpes, Icebergs, LADAPT, Médiagora
- Lyon, Messidor, OSE, Santé Mentale et Communautés, UNAFAM.



Exemple dans le Haut-Rhin



Le collectif SISM regroupe les établissements de santé mentale du Haut-Rhin



Exemple en Lorraine



Santé Mentale : comment en prendre soin ensemble?

du 14 au 20 mars 2011

Le collectif Santé mentale de Lorraine coordonne la SISM et regroupe 7 associations :

- Association des Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC)
- Association Française de personnes souffrant de Troubles Obsessionnels et Compulsifs (AFTOC)
- Collège des Psychologues Centre Psychothérapique de Nancy
- Ensemble
- Espoir 54
- France Dépression Lorraine (FDL)
- Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM)



COLLECTIF SANTE MENTALE DE LORRAINE



Exemple en Nord-Pas-de-Calais*

22^e Semaine d'information sur la Santé Mentale
du 14 au 20 Mars 2011

Thématique de la Région Nord-Pas de Calais



SANTÉ MENTALE :
COMMENT EN PRENDRE SOIN ENSEMBLE ?

La Semaine d'information sur la Santé Mentale (SISM) s'adresse au grand public. Chaque année, associations, citoyens et professionnels organisent des manifestations d'information et de réflexion dans toute la France.

Promouvoir la santé mentale, c'est développer des conditions de vie favorables à la santé et au bien-être, c'est donc agir pour le lien social et le respect des droits de chacun. C'est aussi participer à la prévention de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques, développer l'information et la lutte contre la stigmatisation et les inégalités d'accès aux soins.

La responsabilité de l'ensemble de la population est engagée, et chacun peut, avec ses moyens, participer à l'entraide et à la solidarité.

- Comment favoriser la participation de tous les acteurs de la société ?
- Comment promouvoir la santé mentale à tous les âges de la vie ?
- Comment parler des problèmes de santé mentale, pour en parler à temps ?
- Comment favoriser le bien-être et le "vivre ensemble" sur un territoire (habitat, travail, école...) ?
- Comment aider des proches qui ont des problèmes de santé mentale ?



SANTÉ MENTALE

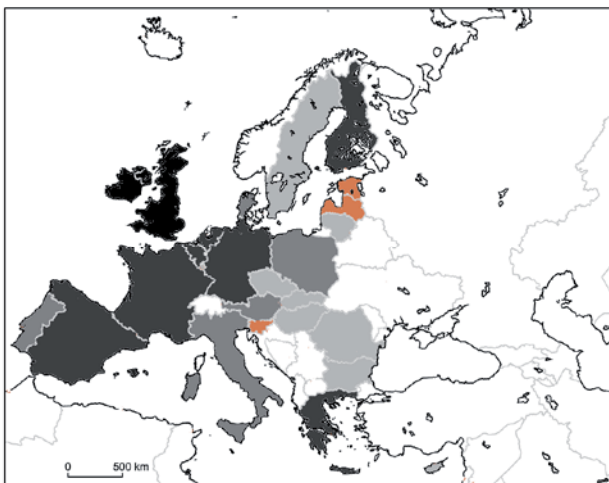
Collectif régional coordonné par le CCOMS et regroupant :

- **Usagers et familles, GEM**
- **Élus :** Mairies, Association des maires du département
- **Professionnels :** EPSM, CH, acteurs sociaux, associations
- **CLSM**
- **Partenaires culturels :** cinémas, médiathèques, salles d'expo

Journée ou semaine de la santé mentale, en Europe - Niveau d'engagement par pays

Classement tenant compte de :

- Nb actions,
- Nb acteurs,
- Nb jours,
- Nat., rég. or local



EVALUATION 2011

- **Revue de presse** (nationale, régionale et locale) et liste des événements. **Environ 450 évènements listés en 2011.**
- **La coordination locale des actions augmente :** développement de comités/collectifs de coordination au niveau régional, local ou municipal.
- La semaine est utilisée par les associations d'usagers et de proches et les professionnels comme un outil de sensibilisation auprès des partenaires et des élus.
- La SISM a aidé au développement de nouveaux **partenariats de proximité** entre usagers, aidants, professionnels et élus.
- Il existe une corrélation très forte entre l'implication dans la SISM et la création des **Conseils locaux de santé mentale.**
- Depuis 22 ans, les actions menées dans le cadre de la SISM ont joué un rôle important dans la reconnaissance du rôle des associations d'usagers et de la lutte contre la stigmatisation.

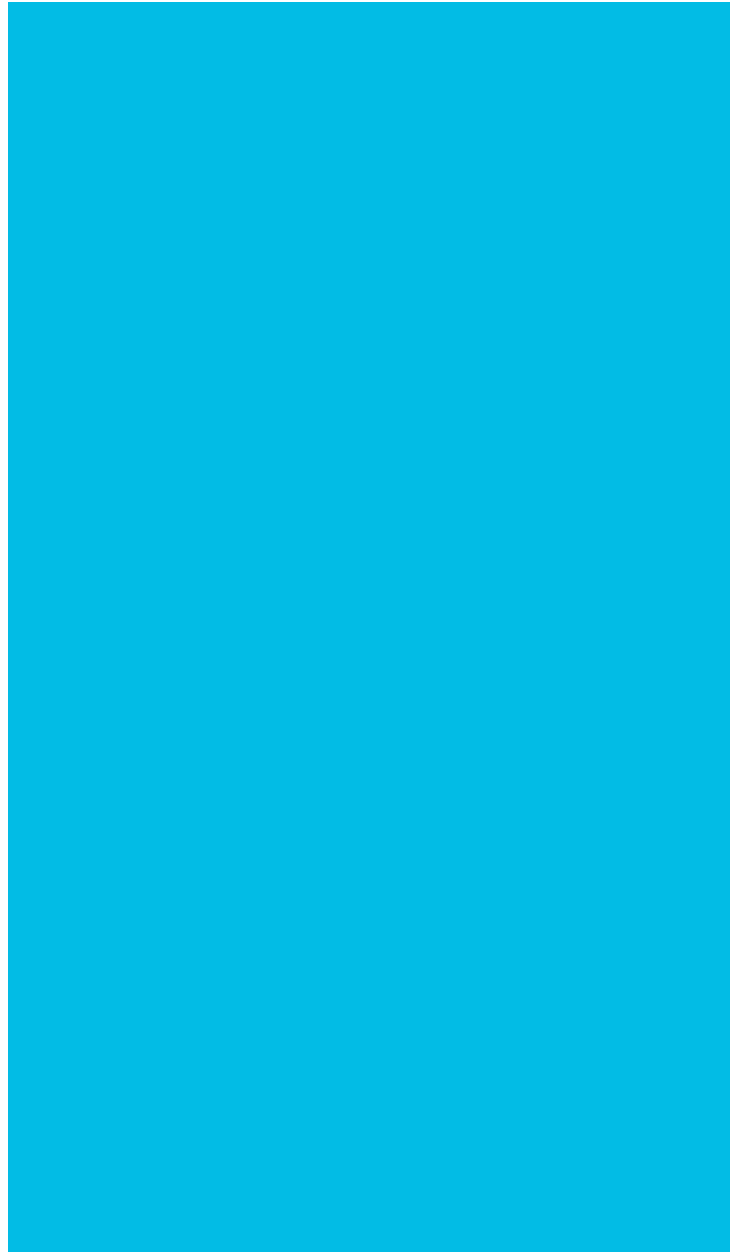


cocoms@epsm-lille-metropole.fr

Conclusions

- La SISM rencontre un succès et un impact grandissant alors que son mode d'organisation reste artisanal et très peu cadré, dépendant essentiellement de l'engagement des acteurs locaux.
- Cette stratégie « bottom-up » va à l'encontre des opérations de grande envergure de style « top-down » développées dans les pays anglo-saxons (ex : campagnes de communication subventionnées par le Ministère de la santé en Angleterre).
- Le fort impact au niveau local va dans le sens des recommandations méthodologiques pour les actions de sensibilisation dans le domaine de la santé.





Bibliographie indicative

Peu de travaux à ce jour ont été réalisés sur les problématiques liant « élus locaux » et « santé mentale ».

Vous trouverez cependant des réflexions sur le thème dans les ouvrages suivants :

- Actes de la journée d'étude ESPT : « **Santé Mentale et Ordre Public : quelles compétences pour les élus locaux ?** », Actes de la journée d'étude de Nantes - 09 octobre 2006
- Actes de la journée d'étude ESPT : « **Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale** », Actes de la journée d'étude de Grenoble - 13 mars 2007
- **Rhenter P.**, 2004, « **De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)** », Thèse de doctorat de science politique, Université Lyon 2.

Vous trouverez également, différentes notes et documents sur les sites internet des deux organisations à l'origine du colloque :

Sur le site de ESPT

www.espt.asso.fr

(Rubrique **DOSSIERS THEMATIQUES**) :

- Le rapport DIV-ONSM-ORSPERE sur « **Les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale** » est téléchargeable sur le site.
- L'intervention de **Pauline Rhenter**, politologue, au colloque « **Ville et Santé mentale** » des 29 et 30 mai 2007 : « **La santé mentale comme champ politique : la mobilisation récente d'un groupe d'élus locaux** »
- Dans sa lettre n°68 d'octobre 2007 Pluriels, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) nous propose différents articles sur le CMP, dont un article de **Laurent EL GHOZI**, intitulé « **Le CMP, que peuvent les élus** »
- **Plan psychiatrique et santé mentale** 2005/2008.
- **Delphine Moreau** présente dans une étude (juillet 2007) un travail intéressant et clair portant sur la redéfinition des relations familiales en cas de troubles psychiques de l'enfant.
- Actes de la journée interrégionale Bretagne et Pays de Loire du 29 novembre 2007 : « **Santé Mentale et Précarité : Signer et prendre soin** »

en contexte de précarité : une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires».

→ « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique »

Guide publié par l'UNCCAS et l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM) et bénéficiant du soutien de la CNSA.

→ « La Santé Mentale à Marseille », actes issus de l'assemblée du Conseil d'Orientation en Santé Mentale et de la rencontre « Villes et Santé Mentale » du 15 novembre 2007.

→ Numéro thématique - La santé mentale en France, surveillance et enjeux

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) consacre un numéro spécifiquement à la question de la dépression en France.

→ « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », Guide de la DGS et de la DGAS, 2005

Sur le site du CCOMS

<http://217.19.202.24/ccoms/index.html>

(*Rubrique DOCUMENTS UTILES ET PUBLICATIONS ;
section « Pôle 4 »*)

→ Hélène Strohl, IGAS, Martine Clémente, Rapporteur général, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997.

→ Antoine Lazarus, Hélène Strohl, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995

→ Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, Rapport de mission « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale », Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001.

→ Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, « Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », Rapport remis au Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003

→ Rapport sur les problèmes de sécurité liés au régime des hospitalisations sans consentement, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale, mai 2004

- Maryvonne Briot, Rapport du fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n° 1459) de M. Georges Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, 12 mai 2004
- Recommandations pour la pratique clinique, modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, Haute Autorité de Santé, avril 2005
- « Santé, justice et dangers, pour une meilleure prévention de la récidive », Rapport de la commission santé-justice, Ministère de la Justice, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, juillet 2005
- Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, les éditions de la DIV, nov. 2005
- Pilar ARCELLA-GIRAUX, La santé mentale : l'affaire de tous. L'expérience développée par l'atelier santé ville d'Aubervilliers. In Zribi G. et Beulné T. Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques. Presses de l'EHESP
- Giraux, P, L'expérience développée par le volet santé mentale de l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers In Michel A., *Ville et santé mentale, Projections, politiques, ressources*. Editions Le Manuscrit, Paris, 2009
- Joubert M. (Dir.), Arcella-Giraux, P., Cocaux, G., Maillard I., Mougin C., Urgences « psys ». Arcanes et supports de l'accès aux aides et aux soins en santé mentale Paris, CNRS-Inserm, 2005, 269 p
- Rubrique Initiatives Santé : Problèmes multiples réponse globale à Aubervilliers *Gazette santé social*, N° 55, septembre 2009
- Arcella-Giraux, P, La santé mentale dans l'Atelier santé ville d'Aubervilliers *Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale* www.mnasm.com rubrique Partage d'expériences ASV, 2008
- Arcella-Giraux P, Souffrances psychiques. Les RESAD. Les rencontres de la prévention des conduites à risques. Mission départementale de prévention des conduites à risques, Conseil Général 93, juin 2005
- Propos recueillis par **Denis Dangaix**. Rubrique « Qualité de vie » : Les problèmes de santé mentale sont le résultat de difficultés qui s'imbriquent Entretien avec le docteur **Pilar Giraux**, psychiatre, service communal d'hygiène et de santé d'Aubervilliers. *La santé de l'homme*, 384, pages 6-7, juillet/août 2006

→ **Pascal COULON**, Les groupes d'entraide Une thérapie contemporaine,
L'Harmattan, PsychoLogiques, 2009

Sites Internet :

www.ars.iledefrance.sante.fr

www.epsm-lille-metropole.fr

www.espt.asso.fr

www.fnapsy.org

www.mnasm.com

www.psycom75.org

www.semaine-sante-mentale.fr

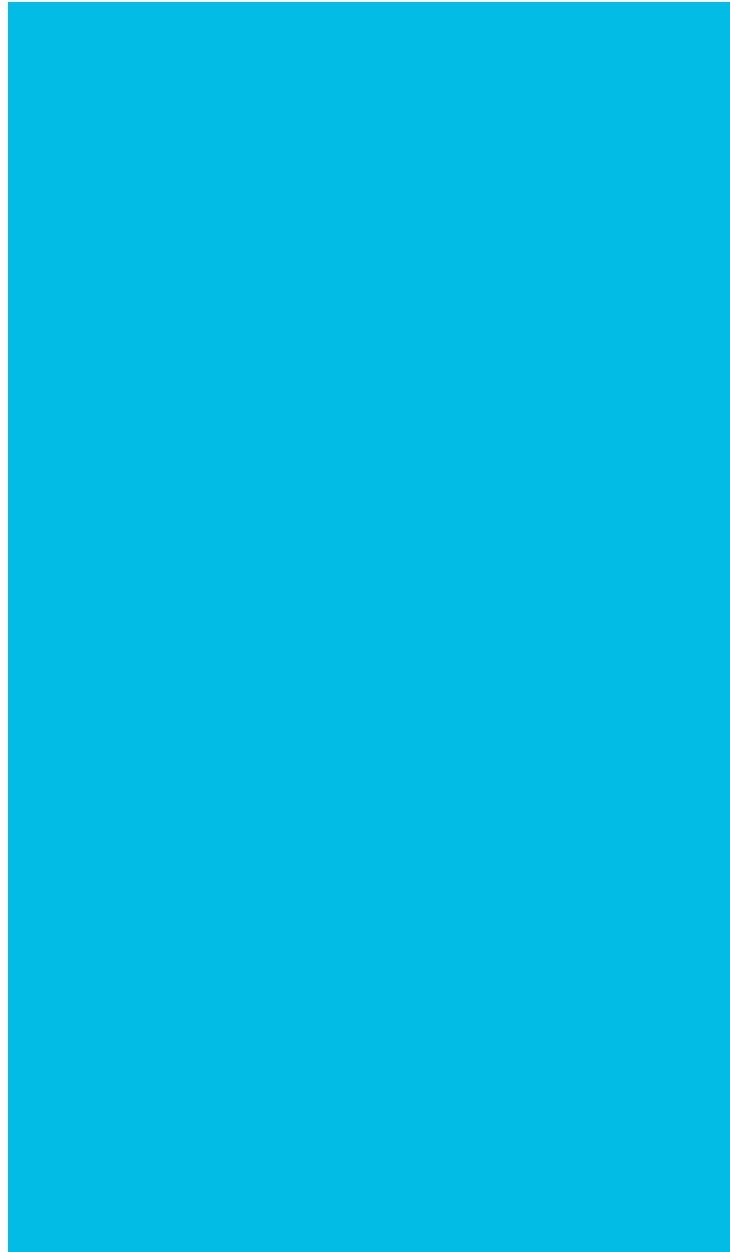
www.unafam.org

Sigles & Abréviations

AAH: Allocation Adulte Handicapé
ACDC: Agence Conseil Développement Collectivités
ACSBE: Association Communautaire Santé Bien-Etre
ACSé: Agence pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances
ADES: Association Départementale d'Education pour la Santé
ADESM: Association des Directeurs d'Etablissement de Santé Mentale
AFPC: Association Française de Psychologie Communautaire
Agapsy: Association gestionnaire pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques
AIDES: Association française de lutte contre le VIH / Sida
AMF: Association des Maires de France
ANPE: Agence Nationale Pour l'Emploi
ANRU: Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP - HP: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
API: Allocation Parent Isolé
ARH: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS: Agence Régionale de Santé
ASV: Atelier Santé Ville
CAF: Caisse d'Allocations Familiales
CAS: Centre d'Analyse Stratégique
CASU: Commission d'action sociale d'urgence
CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS: Centre Communal d'Action Sociale
CCOMS: Centre Collaborateur de l'OMS
CSSM: Conseil de secteur de santé mentale
CDAS: Centre Départemental d'Action Sociale
CDAPH: Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDHSP: Commission Départementale d'Hospitalisation ou de Soins Psychiatriques
CHRS: Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CH: Centre Hospitalier
CHS: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
Civis: Contrat d'insertion dans la vie sociale
CLI: Commission Locale d'Information
CLS: Contrat Local de Santé
CLSM: Conseil local de santé mentale
CMP: Centre Médico-Psychologique

CMU – CMUC : Couverture Maladie Universelle – CMU Complémentaire
 CNRS : Centre National pour la Recherche
 CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
 CNV : Conseil National des Villes
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
 Cucs : Contrat urbain de cohésion sociale
 DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
 DGS : Direction Générale de la Santé
 Div : Délégation interministérielle à la ville
 Drass : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
 DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
 EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
 Esat : Etablissement de service et d'aide par le travail
 ESPT : Élus, Santé Publique & Territoires
 Etic : Etablissement de travail intégré dans la cité
 EUREGHA : EUROpean REGional and local Health Authorities
 FFPF : Fédération française des psychologues et de psychologie
 FNAPSY : Fédération nationale des Associations d'usagers de la psychiatrie
 FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
 GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
 GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
 GUP : Gestion Urbaine de Proximité
 HLM : Habitation à loyer modéré
 HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
 IME : Institut Médico-Educatif
 INCA : Institut national du cancer
 INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
 Mnasm : Mission nationale d'appui en santé mentale
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ONSMP - ORSPERE : Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité - Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion
 Onzus : Observatoire national des zones urbaines sensibles
 PDALPD : Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLIE : Plan Local d'Insertion Emploi
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Projet Régional de Santé
RASED : Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté
Résad : Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté
Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SFSP : Société française de santé publique
SG - CIV : Secrétariat général du Comité Interministériel des Villes (ex-DIV)
Sism : Semaine d'information sur la santé mentale
SMPG : Santé mentale en population générale
Udaf : Union Départementale des Associations Familiales
Unafam : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZUS : Zones urbaines sensibles



Les Conseils Locaux de Santé Mentale en France

Recensement CCOMS, Mai 2012

CLSM opérationnels : 55

Agglomération d'ANNEMASSE	PARIS 10
ARBERSLE, TARARE, AMPLEPUIS, THIZY	PARIS 11
AUBERVILLIERS	PARIS 12
BOURGOIN-JALLIEU	PARIS 14
BOURG EN BRESSE	PARIS 15
BREST	PARIS 16
CALUIRE et CUIRE	PARIS 17
CHAMPIGNY SUR MARNE	PARIS 18
Communauté urbaine de CHERBOURG	PARIS 20
CHOISY LE ROI, ORLY, VILLENEUVE LE ROI, THIAIS, VITRY-SUR-SEINE, ABLON	Pays PISCENOIS
CLERMONT FERRAND	Pays de REMIREMONT
EVRY, COURCOURONNES	REIMS
GENNEVILLIERS	RENNES
GIVORS, GRIGNY	SAINT-ETIENNE
GRENOBLE	SAINT-MALO
LILLE	SAINT-GERMAIN EN LAYE, AIGREMONT, CHAMBOURCY, FOURQUEUX, LE PECQ, MAREIL-MARLY
LONGVIC, Chenove, Quétigny, St Apollinaire, Genlis et Neuilly les Dijon	SAINT-FONS- VENISSIEUX
LYON 1er	SAINT-MARTIN D'HERES
LYON 4	STRASBOURG
LYON 5	SURESNES
LYON 7	TASSIN-CRAPONNE-FRANCHEVILLE
LYON 8	TRAPPES
LYON 9	VILLEFRANCHE SUR SAONE, ANSE, GLEIZE, BOIS D'OINGT, LAMURE, BELLEVILLE, BEAUJEU, MONSOLS
MARSEILLE	VILLEURBANNE
MONS en BAROEUL, HELLEMMES, RONCHIN, FACHES-THUMESNIL, LEZENNES, LESQUIN	
NANTES	
NANTERRE	
PARIS Centre (1, 2, 3, 4)	
PARIS 5	
PARIS 6	
PARIS 9	

CLSM en cours ou en réflexion : 53

AIX LES BAINS	MULHOUSE
ALBERTVILLE	NICE
ALES (Communauté d'agglomération)	PALaiseau
AMIENS	PARIS 13
ARMENTIERES	PERPIGNAN
AUBAGNE	PIERREFITTE, EPINAY, VILLETANEUSE
AUXERRE	PRADES
BONDY	ROUBAIX
BOURGES	ROUEN et SOTTEVILLE LES ROUEN
CHALON SUR SAONE	SAINT JEAN DE MAURIENNE
CHAMBERY	SAINT LO
CHANTILLY, PONTE SAINTE-MAXENCE	SCEAUX
CHATEAUXROUX	SEVRAN
CLICHY LA GARENNE	SURESNES
CLICHY SOUS BOIS	TONNERRE
COLMAR	TOULOUSE
CREIL	TOURCOING
DIJON	TREMBLAY en FRANCE
DUNKERQUE	VALENCE
FONTENAY-SOUS-BOIS	
GENTILLY	
GONESSE	
GRASSE	
HEM	
LA ROCHELLE	
LA ROCHE SUR YON	
Les LILAS	
L'ISLE D'ABEAU	
LOCMINE	
LOMME, LAMBERSART, ST ANDRE	
Pays de LUNEVILLE	
Agglomération de MORLAIX	
MARCQ EN BAROEUL, LA MADELEINE	
MONTREUIL	

La gazette.fr

Adresse de l'article <http://www.lagazettedescommunes.com/92684/la-cour-des-comptes-tacle-le-plan-psychiatrie-et-sante-mentale/>

SANTÉ

La Cour des Comptes tacle le plan psychiatrie et santé mentale

C. Maisonneuve | France | Publié le 28/12/2011

La Cour des Comptes a rendu public, le 20 décembre 2011, des conclusions sévères sur la mise en oeuvre du plan psychiatrie et santé mentale entre 2005-2010.

La Cour des comptes a livré ses conclusions sur la mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) entre 2005 et 2010, dans un rapport rendu public le 20 décembre 2011. « Ce plan a produit des résultats que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort », juge la cour, qui ajoute que « le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie a contribué à une démobilisation progressive des acteurs ».

Avec plus d'un million de prises en charge chaque année, les pathologies psychiatriques arrivent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France, et coûtent 13 milliards d'euros au seul régime général.

Sévérité justifiée - Pour Laurent El Ghazi, président de l'association Élus, santé publique & territoires (ESPT), la « sévérité de la Cour des comptes est entièrement justifiée », estimant qu'elle a raison de dénoncer le poids encore excessif de l'hospitalisation complète et l'insuffisance des alternatives, la mauvaise coordination du premier accès aux soins comme de l'accompagnement médico-social et de particulièrement montrer du doigt « les progrès encore inaboutis » du programme santé-justice pour les prisons. Les magistrats de la rue Cambon ont l'art de la litote... L'élu, comme la Cour des comptes, ne sont pas loin de considérer le « détricotage » de la sectorisation psychiatrique comme cause de tous ces maux, et, en tout cas des inégalités territoriales constatées.

Quatre recommandations - Pour remédier à la désorganisation territoriale des soins en psychiatrie, la Cour des comptes fait quatre recommandations :

- définir dans le code de la santé publique une mission de service public de proximité, spécifique à la psychiatrie, en assurant la pérennité des principes de la politique de secteur ;
- déterminer les conditions d'autorisation et de fonctionnement de chacune des diverses activités pouvant exister en psychiatrie ;
- mettre en place une hiérarchisation cohérente entre l'offre de soins de proximité et les structures spécialisées desservant des territoires plus larges ;
- généraliser les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Renforcer le rôle des CLSM - Les CLSM regroupent, autour des élus concernés, le service de psychiatrie publique du territoire, les usagers, les familles, ainsi que tous les services sanitaires et sociaux. Mais leur cadre réglementaire n'est qu'incitatif et, pour Laurent El Ghozi, il faut les inscrire dans les Contrats locaux de santé en cours d'élaboration entre les Agences régionales de santé (ARS) et les Villes, et « en faire un axe opérationnel fort du prochain Plan de Santé mentale ». On estime à environ une cinquantaine le nombre de villes engagées dans un CLSM. Le président d'ESPT applaudit donc à la recommandation de généralisation : « nous plaçons depuis de nombreuses années pour une co-responsabilité des élus locaux, car il faut continuer à réduire le tout hôpital et aller vers une psychiatrie dans la cité ». La question sera d'ailleurs au cœur des débats de la première Rencontre nationale des CLSM, organisée le 6 janvier à Paris par ESPT et le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille) autour du thème « Citoyenneté et santé mentale ».

Une collaboration avec le Haut conseil de la santé publique

Après le plan Cancer en 2008-2009, c'est la deuxième fois que la Cour des comptes et le Haut conseil de la Santé publique ont travaillé main dans la main, avec ce bilan du PPSM. Ils se sont partagé les tâches :

- au HCSP, l'articulation des champs sanitaire, médico-social et social : son rapport [3] publié début octobre 2011 adopte le point de vue des professionnels et des usagers. En effet, le PPSM s'était donné pour objectif, en 210 mesures, de « donner à la psychiatrie un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs ».
- à la Cour des Comptes l'audit des performances du PPSM sous l'angle économique et social.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE
de l'association Élus, Santé Publique & Territoires
du vendredi 20 janvier 2012

Le Conseil local de santé Mentale : une réponse territoriale efficace pour une psychiatrie citoyenne

Suite aux travaux de la journée nationale, **Citoyenneté et santé mentale** du 6 janvier 2012, **les élus locaux, membres de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique, « Élus, Santé Publique & Territoires », affirment leur position au sujet du Conseil local de santé mentale (CLSM).**

Il s'agit pour eux d'un mode d'organisation locale pertinent pour améliorer la prise en charge globale – prévention, soins, rétablissement, accès aux droits – des personnes vivants avec des troubles psychiques et, au-delà, pour faire de la promotion de la santé mentale de tous un objectif politique partagé.

En effet, les Conseils locaux de santé mentale :

- obligent à décloisonner les services, secteurs, institutions, fonctionnements professionnels et améliorent les pratiques de tous les acteurs,
- confortent la politique de secteur psychiatrique et son ancrage territorial,
- favorisent la pleine citoyenneté des usagers dans la cité,
- contribuent à la démocratie locale,
- mobilisent tous les acteurs et la population elle-même.

Leur développement exige que les conditions suivantes soient réunies :

- volontarisme politique fort et durable,
- engagement convergent des élus et des professionnels de la psychiatrie, mais aussi des services municipaux, dont le secteur social, du logement, de l'éducation, de la lutte contre l'exclusion...
- présence de représentants légitimes et formés des usagers et des aidants de proximité,
- appui sur les acquis de l'Atelier santé ville (ASV) quand il existe et intégration obligatoire dans le Contrat local de santé (CLS).
- financement pérenne permettant de recruter un animateur-coordonateur stable.

Compte-tenu des expériences qui ont été rapportées lors de ce colloque, **les élus de l'association ESPT demandent au ministre de la santé :**

- la définition d'un référentiel clair mais également souple, permettant son adaptation à chaque territoire, l'inscription des CLSM dans chaque programme régional de santé (PRS), actuellement en cours de finalisation,
- la poursuite active des réflexions permettant d'intégrer sur un même territoire les trois dynamiques : ASV / CLSM / CLS (quand elles existent),
- le développement de la recherche sur les CLSM, en tant que politique locale de santé, d'organisation territoriale et d'impact, en particulier sur la gestion des situations complexes,
- de porter cette expérience, aujourd'hui validée, au niveau national comme le recommande le récent rapport de la Cour des comptes, et européen.

Dans cette perspective, ESPT demande à être étroitement associée aux réflexions sur la santé mentale et à l'élaboration de la prochaine loi sur ces questions.

www.espt.asso.fr

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1970s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [12]. In the 1980s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [13]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [14].

The purpose of this study was to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom.

The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom.

The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom.

The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom. The study was designed to determine the prevalence of *S. flexneri* in the United Kingdom.

Transcription des actes
Résumé 02 40 47 12 70

Impression
LG impression

Conception graphique et photographie
robinson.coulon@gmail.com

Cette Journée a pour objectif de réfléchir ensemble, avec toutes les institutions et acteurs concernés, à une meilleure prise en charge de la Santé mentale, coordonnée et territorialisée par les Conseils locaux en santé mentale.

Ces Conseils Locaux regroupent, autour des élus concernés, le service de psychiatrie publique du territoire, les usagers, les familles, ainsi que tous les services sanitaires et sociaux. Les grandes thématiques des Conseils Locaux de Santé Mentale seront débattues au travers de témoignages d'élus locaux et de professionnels, à propos de : **leur mise en œuvre / la prévention / la citoyenneté et l'insertion.**

En favorisant une **démocratie sanitaire et sociale de proximité**, ces dispositifs, encore expérimentaux en France, sont un modèle de démarches transversalité et de décloisonnement sur le terrain pour permettre à tous d'accéder aux soins et à la citoyenneté. Ils reprennent dans leur principe et leur fonctionnement les « bonnes pratiques » recommandées par l'OMS pour la Santé mentale.

Il reste alors à les inscrire dans les Contrats Locaux de Santé en cours d'élaboration entre les ARS et les Villes et d'en faire un axe opérationnel fort du prochain Plan de Santé mentale.

Élus, Santé Publique & Territoires – www.espt.asso.fr
Étoile Pleyel – (INPES – 414) – 42, Bd de la Libération – 93 230 SAINT-DENIS

Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale
45, avenue du Maréchal Lyautey - Résidence Europe
59370 Mons en Baroeul (France) - site internet : <http://ccomssantementalelille.org/>

Avec la participation et le soutien de :
L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

Et le soutien de :
Le Réseau français des villes-santé de l'OMS



avec le soutien de
l'Agence nationale pour
la cohésion sociale et
l'égalité des chances
(l'Acse)