



13<sup>ÈME</sup> JOURNÉE NATIONALE D'ÉTUDE DE  
« ÉLUS SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES » (ESPT)

2<sup>ÈME</sup> RENCONTRE NATIONALE DES  
CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM)  
EN FRANCE

# «VILLE & SANTÉ MENTALE»

**22 Mars 2013**  
à l'Hôtel de ville de LYON

Co-organisée avec le Centre  
collaborateur de l'Organisation mondiale  
de la santé pour la formation et la  
recherche en santé mentale (CCOMS).

Territoire de la vie quotidienne et des liens sociaux et professionnels, la ville est le lieu privilégié pour une approche globale de la santé et de la santé mentale, de la prévention à la réhabilitation en passant par le soin. La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie par réduction des facteurs de risque, organisation du dépistage, promotion de la réinsertion des personnes vivant avec des troubles psychiques. Parce qu'aucune politique de santé et de prévention ne peut se mettre en place sans l'implication des élus locaux, les villes doivent prendre toute leur place dans la réponse aux questions de santé mentale. Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), lieux de convergence des acteurs, de débats et de décision représentent l'organisation indispensable pour la mise en œuvre d'une politique cohérente de santé mentale dans la Cité.

Cette Journée a pour objectif, à partir des premières expériences, d'alimenter la réflexion sur la pertinence des CLSM dans le projet politique local de prévention et de santé publique et sur leur inscription dans le contexte actuel de territorialisation de la santé. Les échanges proposés questionneront : le rôle de chacun (élus locaux, psychiatrie publique, usagers, bailleurs sociaux, aménageurs, forces de l'ordre, services sanitaires et sociaux) ; l'articulation avec les autres dynamiques existantes sur le territoire ; le lien entre prévention et repérage précoce et entre inclusion sociale des usagers et lutte contre la stigmatisation ; la mise en œuvre, enfin : recommandations, animation, financement, évaluation.

La réponse adéquate et citoyenne aux questions de santé mentale des populations nécessite de décloisonner secteurs d'activité, institutions et pratiques professionnelles afin de favoriser une dynamique transversale, multisectorielle. Cette journée de travail doit permettre une mutualisation des pratiques pour la reconnaissance et le développement des CLSM.



## **AVERTISSEMENT AUX LECTEURS**

**La réalisation des actes complets de la «Deuxième rencontre des CLSM» du 22 mars 2013 à Lyon, n'a pas pu être possible pour des raisons techniques. Cette publication qui n'offre qu'une restitution partielle des interventions, permet néanmoins de présenter, à travers les éléments rassemblés ici, des acteurs, des outils, des éléments de réflexion qu'il nous a paru pertinent de porter à connaissance.**

## PROGRAMME

P. 6

### **OUVERTURE**

Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé,  
Céline Faurie-Gauthier, Conseillère déléguée à la prévention santé, Ville de Lyon,  
Laurent El Ghazi, Président de l'association ESPT.

### **LA PRÉVENTION PRÉCOCE : ARTICULER APPROCHE UNIVERSALISTE ET CIBLAGE**

Marine Boisson, Chargée de mission, Département des Questions sociales, Centre  
d'Analyse Stratégique.

P. 20

### **LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ET LES LIENS ENTRE VIOLENCE ET SANTÉ MENTALE**

Christopher Mikton, OMS Genève.

P. 38

### **L'IMPLICATION DES ÉLUS DANS LA SEMAINE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ MENTALE**

Aude Caria, Coordinatrice nationale de la SISM, CCOMS/Psycom.

P. 44

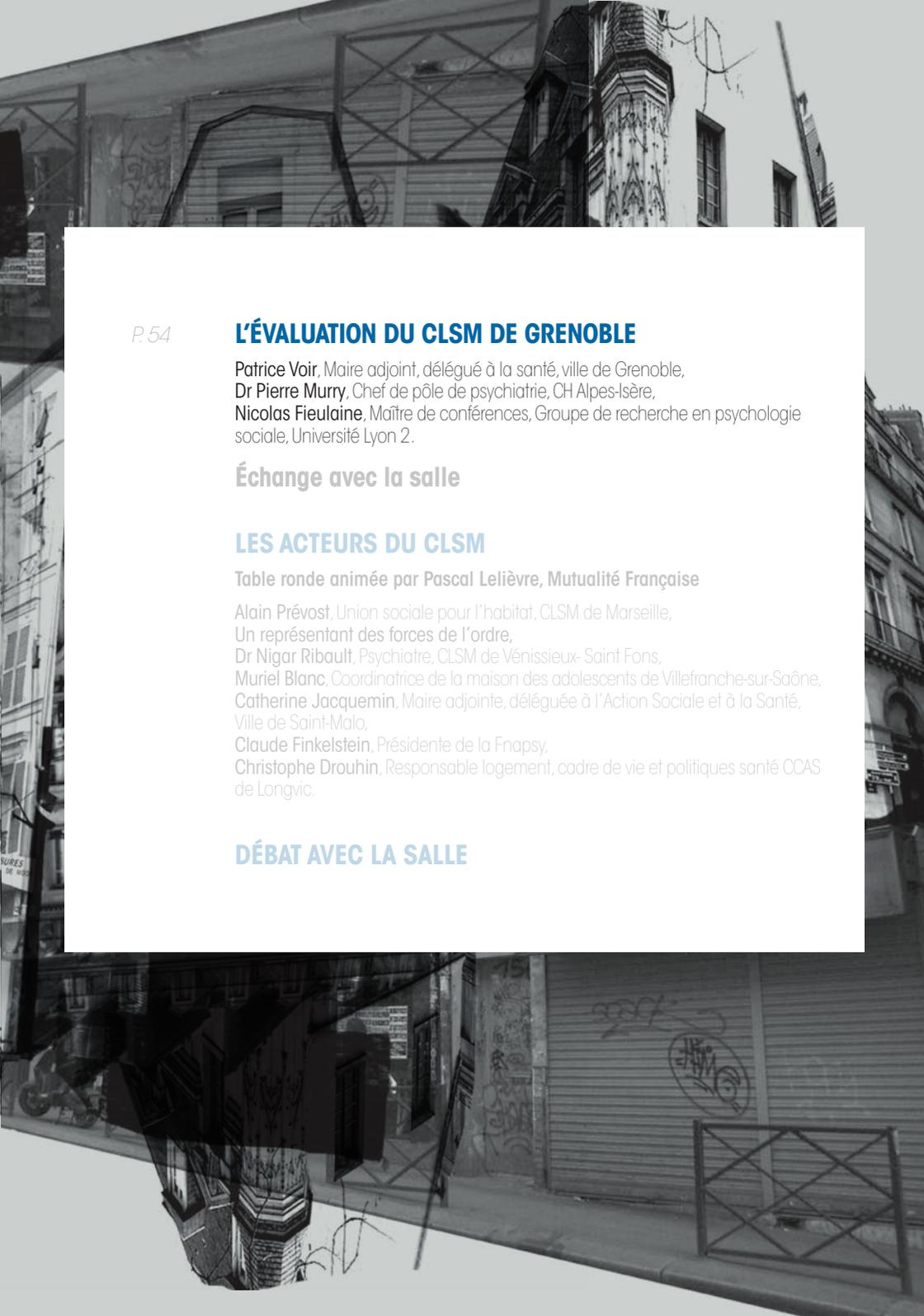
### **LES RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN CLSM : VOLET SANTÉ MENTALE, CONTRAT LOCAL DE SANTÉ ET ATELIER SANTÉ VILLE**

Dr Jean Luc Roelandt, Directeur du Centre collaborateur de l'Organisation  
Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale  
(Lille -France)/EPSM Lille Métropole

Pauline GUEZENNEC, chargée de mission CCOMS

Conventions : DGS / EPSM Lille-Métropole ACSé -CCOMS / EPSM Lille-Métropole

Olivier Rovere, Président de la plateforme nationale de ressources des Ateliers  
santé ville.



P.54

## L'ÉVALUATION DU CLSM DE GRENOBLE

Patrice Voir, Maire adjoint, délégué à la santé, ville de Grenoble,  
Dr Pierre Murry, Chef de pôle de psychiatrie, CH Alpes-Isère,  
Nicolas Fieulaine, Maître de conférences, Groupe de recherche en psychologie sociale, Université Lyon 2.

### Échange avec la salle

## LES ACTEURS DU CLSM

Table ronde animée par Pascal Lelièvre, Mutualité Française

Alain Prévost, Union sociale pour l'habitat, CLSM de Marseille,  
Un représentant des forces de l'ordre,  
Dr Nigar Ribault, Psychiatre, CLSM de Vénissieux- Saint Fons,  
Muriel Blanc, Coordinatrice de la maison des adolescents de Villefranche-sur-Saône,  
Catherine Jacquemin, Maire adjointe, déléguée à l'Action Sociale et à la Santé,  
Ville de Saint-Malo,  
Claude Finkelstein, Présidente de la Fnapsy,  
Christophe Drouhin, Responsable logement, cadre de vie et politiques santé CCAS  
de Longvic.

## DÉBAT AVEC LA SALLE

**2<sup>e</sup> rencontre nationale  
des Conseils locaux de  
santé mentale**

«● *Céline Faurie-Gauthier, Conseillère municipale déléguée à la prévention santé, Ville de Lyon,*

Madame la Ministre,  
Monsieur le Président de l'association Élus Santé Publique et Territoires,  
Monsieur le Directeur du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé,  
Mesdames et Messieurs les élus,  
Mesdames et Messieurs,

Je vous remercie d'avoir choisi Lyon pour cette 2<sup>ème</sup> rencontre nationale des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM); d'autant plus que c'est dans notre agglomération, à Givors, qu'est né le premier CLSM de France. Je suis heureuse de vous accueillir à Lyon, ville qui, par son dynamisme économique, associatif, son développement solidaire, sa politique d'aménagement, a bien pour objectif le bien-être et donc la santé de ses habitants.

A ce titre, la Ville de Lyon est fière d'avoir 7 CLSM. Fière que, sur son territoire, des soignants, des travailleurs sociaux, des élus, des associations travaillent ensemble pour à la fois promouvoir la santé mentale - encore trop stigmatisée - et trouver, à plusieurs, des solutions aux situations complexes qu'ils rencontrent chacun dans leur domaine.

Ils agissent, en quelque sorte, comme un « service public territorial de santé ». Les établissements de santé mentale - dont je salue la présence en grand nombre ce matin - ont été les précurseurs d'une politique territoriale de santé.

Les CLSM développent une dimension nouvelle, une compréhension globale de la santé mentale, et un intérêt pour la qualité des « parcours de vie », en apportant des réponses cohérentes et locales aux personnes qui souffrent, et ce malgré la multitude d'acteurs.

Les CLSM fonctionnent bien et interrogent nos politiques nationales et locales à juste titre comme par exemple sur deux sujets majeurs :

- 1/ Comment faire en sorte que les patients qui le peuvent vivent avec un maximum d'autonomie dans nos cités ?
- 2/ Comment informer encore plus sur la santé mentale dont la stigmatisation persiste, ce qui nuit à une politique de prévention ?

**Pour aller dans la direction de l'autonomie, de l'inclusion dans la Cité, nous avons tout d'abord besoin de compléter et d'améliorer l'offre d'établissements et de structures d'accueil « hors l'hôpital ».**

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes, en toute transparence, et je l'en remercie, a bien montré la faiblesse de l'équipement

de notre Région en matière d'Établissements et Structures Médico-sociales par rapport à la moyenne nationale. De même notre territoire centre qui représente le tiers de la population de la Région est en-dessous de la moyenne régionale : 118€/habitants dépensés contre une moyenne régionale de 157€. Je ne prétends pas que nous soyons la seule Région à manquer de moyens mais bien que la situation économique ne s'y prête guère, vous conviendrez que ce retard en matière de structures d'accueil doit être comblé au plus tôt, et je remercie l'action de l'ARS et du Ministère en ce sens.

**Pour plus d'autonomie, les diverses structures d'accueil sont nécessaires mais elles ne sont pas suffisantes : il nous faut progresser en matière d'accompagnement individuel alliant nécessairement le médical et le social.** Quelle que soit sa qualité, chaque professionnel n'accompagne qu'une partie du parcours de vie. Très souvent ce sont les proches qui portent la totalité de ce parcours, et gèrent les ruptures. Je sais le travail formidable que font les SAVS (service d'aide à la vie sociale), mais outre leur nombre insuffisant, ils ne répondent pas à toutes les situations rencontrées, et encore trop de parents s'épuisent.

Comment faire en sorte que la société accompagne ces parcours de vie ? Comment en repenser les modalités ? 3 suggestions :

- Tout d'abord ne faudrait-il pas donner la possibilité à l'hôpital d'être encore plus « hors les murs » qu'il ne l'est dans l'organisation de ses missions ? Ce qui lui permettrait d'ailleurs de retrouver des marges de manœuvre pour accueillir d'autres patients...
- Puis ne faudrait-il pas mettre en place des référents individuels médico-sociaux avec, pourquoi pas, un cofinancement ARS/ l'hôpital/le Conseil Général, qui porterait cette cohérence ?
- Ne serait-il pas possible d'envisager une collaboration avec les Villes et agglomérations pour la définition d'une politique d'implantation des structures d'accueil et de logement, pour éviter les relégations aux confins des territoires, à l'accès parfois difficile ?

**La deuxième question qui nous est posée, comment rendre visible la santé mentale, mieux prévenir les troubles, mieux informer sur les acteurs, déstigmatiser :** elle vient du fait que, notamment trop de personnes encore n'osent pas aller vers le soin, n'osent pas demander de l'aide.

A Lyon et dans le Rhône, 75 manifestations se déroulent cette semaine dans le cadre de la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM) et le nombre de manifestations progresse chaque année ; pourtant, à part les personnes déjà concernées, qui le sait ?

Ne faudrait-il pas, Madame la Ministre, mettre l'accent sur l'informa-

tion, la communication nationale? Faire de la santé mentale une Grande Cause? Car, comme vous le savez, en parler nationalement c'est nous aider à faire exister localement.

De même le rôle des CLSM est aujourd'hui reconnu de tous. Mais davantage de reconnaissance est légitime car ceux qui les font vivre sont des professionnels qui font un travail bénévole et militant.

C'est pourquoi, il me semble nécessaire de les soutenir encore plus par la mise en place de coordinateurs, mais aussi par une plus grande présence locale des techniciens de l'ARS car ce sont eux qui, par la connaissance des situations, pourront proposer des évolutions en matière de droit commun.

En définitive, adapter les structures et services de santé aux besoins, organiser la gouvernance et promouvoir les actions de la santé mentale, des CLSM, c'est créer le socle nécessaire à un service public territorial de santé.

A Lyon, cette politique prendra toute sa dimension dans la future « Métropole » car en matière de santé mentale, ce territoire, avec le soutien de l'Etat, trouvera les ressources humaines et la motivation pour offrir des parcours de vie à chacun de ces concitoyens.

« ● *Laurent El Ghozi, Président de l'association Elus, santé publique & territoires,*

Madame la Ministre, je vous remercie de l'honneur que vous nous faites et de l'intérêt que vous manifestez pour la santé mentale par votre présence ici, aujourd'hui,

Mesdames et messieurs les élus,

Chers collègues, chers amis, mesdames, messieurs,

Merci à Céline Faurie-Gauthier et à Olivier Brachet, Vice-président au logement au Grand Lyon de leurs propos introductifs et à la Ville de Lyon de nous accueillir si bien, dans ces salons somptueux pour nous permettre de tenir cette deuxième Rencontre nationale des CLSM, qui est aussi la 13<sup>e</sup> Journée nationale d'étude de l'association, organisées avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), dont je salue amicalement le directeur, Jean Luc Roelandt.

Quelques mots sur notre association ESPT, que je suis fier de présider.

- Selon nos statuts, nous sommes une association nationale d'élus en charge de la santé, réunis pour développer des politiques locales de santé publique, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans un cadre contractualisé avec l'Etat, dans les CUCS par exemple ou, aujourd'hui avec les ARS dans les Contrats Locaux de Santé.

- Association fondée en 2005, dans la dynamique créée par les Ateliers Santé Ville de la Politique de la Ville et dans les suites d'un premier travail entre psychiatres de secteur public et élus locaux, animé ici même à Lyon, par notre ami Jean Furtos, psychiatre que tous connaissent.
- Association soutenue dès sa naissance par le Secrétariat général du Comité interministériel des villes et par la Direction générale de la santé et qui regroupe aujourd'hui une soixantaine de villes, 7,5 millions d'habitants, de toute tailles, régions, couleurs politiques, rassemblées par la volonté de ses élus de contribuer à l'amélioration de la santé de tous – même si les communes n'ont toujours pas de compétences véritables en santé... - convaincus que nous sommes d'une part que la santé est un élément primordial du pacte républicain et un facteur majeur de la cohésion sociale et, d'autre part, que nous sommes en capacité et en responsabilité pour agir.

Parmi les questions que se posent les élus locaux, celles qui ont trait à la santé mentale sont au premier plan. En témoigne le fait que sur les 13 Journées Nationales d'Études que nous avons faites, 7 y sont consacrées, que j'énumère rapidement :

- Dès 2006, à Grenoble : **Santé mentale et Ordre public**, pour réfléchir aux conséquences funestes d'une loi fort heureusement censurée par le Conseil constitutionnel.
- Puis en 2007, à Nantes, **Le Maire et le Psychiatre, ensemble pour la santé mentale** - déjà nous posions la question en ces termes ;
- En 2008, Colloque européen co-organisé avec le CCOMS, avec lequel nous entretenons une longue et fructueuse collaboration, où des élus et psychiatres de sept villes européennes sont venus nous expliquer comment ils travaillaient ensemble et où tous ont souligné l'intérêt du concept français de CLSM.
- 2010 : **Séminaire approfondi sur les Salles de consommation à moindre risque pour les usagers de drogues**, avec des élus des sept villes, qui presque toutes aujourd'hui attendent, Madame la Ministre, votre feu vert et l'appui de vos services pour ouvrir une telle structure sur leur territoire.
- 2011 : **Santé mentale, Sécurités, Libertés**, avec le Forum français de sécurité urbaine, pour réfléchir à la tension entre ces trois exigences.
- Janvier 2012, à Paris : **Citoyenneté et Santé mentale**, Première Rencontre nationale des Conseils locaux en santé mentale, avec le CCOMS, bien sûr, et j'ai le plaisir, Madame la Ministre, de vous en offrir les Actes, diffusés à 1500 exemplaires partout en France et accessibles sur les sites de ESPT et du CCOMS.

– Et nous continuons aujourd’hui ici, pour faire le point sur leur développement et constater la formidable adhésion d’élus et de professionnels de la psychiatrie, de plus en plus nombreux, à ce mode d’organisation collaborative de la Santé mentale sur nos territoires.

Plus de 220 inscrits : un tiers venus des collectivités locales, un tiers du monde de la psychiatrie, et un tiers sont usagers, proches et aidants, associations, administrations, ARS. Cela représente très précisément les trois catégories d’acteurs qui sont réunies dans un CLSM.

Le choix du thème de la Semaine d’information en santé mentale pour sa 24<sup>e</sup> édition est tout aussi clair : « Ville et santé mentale » : l’une ne peut aller sans l’autre et vice-versa. Son succès – plus de 700 manifestations partout en France – démontre sa pertinence. Aude Caria nous en parlera. Cette mobilisation inédite souligne surtout l’intérêt de cette rencontre indispensable entre Elus et psychiatres, avec les Usagers et leurs proches, pour faire émerger une psychiatrie citoyenne, totalement intégrée dans la cité, c’est-à-dire là où vivent, échangent, se croisent, partagent, souffrent et guérissent les femmes et les hommes de notre pays.

Psychiatrie citoyenne pour garantir la pleine intégration ou « citoyenneté » des Patients-Usagers-Citoyens – et je garde ce terme car tous, nous portons ou porterons tout à la fois, successivement ou simultanément, ces trois qualificatifs – permettant la prévention, la résolution des situations complexes, l’égal accès et la continuité des soins, l’accès facilité à tous les services de la ville, à « un logement d’abord », mais aussi au travail, le recul de l’exclusion et finalement le rétablissement. Psychiatrie citoyenne tout à l’opposé de la politique de stigmatisation voire de criminalisation des malades qui a tant fait de mal ces dernières années. Nous travaillerons ce matin sur la question fondamentale de la prévention vers laquelle les efforts de tous doivent tendre.

Pour nous tous en effet, le soin psychiatrique ne peut plus être porté par les seuls hôpitaux psychiatriques, mais doit, pour être plus accessible, plus précoce, plus efficace, investir les lieux habituels du soin et de la prévention, les Centres municipaux de santé, les Maisons de santé pluridisciplinaires, les Espaces santé jeunes, voire les Missions locales. Il doit travailler avec les généralistes en ville, le secteur social et le champ de l’insertion, de manière décloisonnée et confiante. Aller au plus près de ceux qui souffrent et ne savent même pas le dire, partout où la souffrance psycho-sociale – et nous tenons à ce terme en ce qu’il implique des causalités sociales à ces troubles et donc des responsabilités politiques – s’exprime quelle qu’en soient les modalités, que les Ateliers santé ville ont parfaitement mis en évidence dans leur diagnostics.

Ce que les élus et les psychiatres appellent, à travers la création des

CLSM, c'est à une refondation radicale de l'utopie déjà ancienne et toujours inaboutie du secteur psychiatrique, c'est-à-dire la prise en considération globale et collective des malades, des facteurs déterminants ou aggravants, de la santé mentale de toute la population du territoire dans un prendre soin attentif et solidaire. Et l'on voit bien qu'ils y ont chacun des responsabilités, différentes et convergentes, et que cela ne peut se faire sans les principaux bénéficiaires, les usagers, bien sûr, mais aussi toute la population, tant il s'agit bien de se battre ensemble pour faire reculer les inégalités, pour améliorer le «vive ensemble» et aussi donner sens et cohérence à une politique ancrée sur un territoire partagé et portée par des élus engagés.

Il s'agit aussi de participer à un exemple concret et constructif de démocratie dans le champ sanitaire, où la parole, le regard, l'expérience de chacun contribue à élaborer des solutions partagées par tous et donc plus efficaces.

Les élus locaux, Madame la Ministre, sont de plus en plus nombreux à être convaincus de cette nouvelle possibilité d'agir pour leurs concitoyens et, avec Jean-Luc Roelandt et le CCOMS, ESPT a travaillé à l'élaboration de recommandations pour un référentiel des CLSM, rendu public en septembre et déjà largement repris par des ARS – en particulier en Ile de France pour leur Appel à projet consacré au financement des CLSM – et par des villes partout en France. Ce référentiel, nécessaire au niveau national, doit naturellement rester souple et adaptable, car chaque ville, chaque situation est différente.

Mais il faut, pour nous, en faire l'outil privilégié de la nouvelle ambition que portera votre ministère pour la santé mentale. Il faut également que chaque Contrat local de santé signé avec l'ARS, intègre un volet «santé mentale» qui engage les partenaires vers la mise en place d'un CLSM. Les Ateliers santé ville, quand ils existent, ont pour la plupart d'entre eux engagé des actions en faveur de la santé mentale. Ils doivent être confortés pour renforcer, dans les quartiers défavorisés, la dynamique des CLSM.

Certes, tout cela ne se fera pas tout de suite et plus que la contrainte administrative, il faudra laisser du temps au temps, pour que, après la première rencontre, s'établisse la confiance, le partage – y compris des informations – l'acculturation réciproque, fondée sur des réussites partagées, pour que reculent la peur de la maladie et la stigmatisation des patients qui aggravent les souffrances, éloignent du soin et font obstacle au plein rétablissement. Je suis convaincu qu'il faut ici largement s'appuyer sur les savoirs et l'expérience des «pairs-aidants» et l'exemple québécois doit nous stimuler.

Nous sommes donc réunis aujourd'hui, Madame la Ministre, pour réflé-

chir, échanger, mutualiser les initiatives des uns et des autres et contribuer, ensemble, à construire l'organisation territorialisée de la santé mentale de demain, garantissant la pleine inclusion des malades dans la collectivité, leur rétablissement et leur citoyenneté, laquelle exige, évidemment, l'engagement résolu des responsables de la Cité, les élus.

Le CLSM est certainement un moyen essentiel pour y parvenir. L'inscription de la santé comme « compétence partagée » dans l'Acte III de la décentralisation, mérite aussi d'être interrogée.

Vous pouvez, Madame la Ministre, faire confiance à nos convictions et à notre engagement, comme nous vous faisons confiance pour inscrire les CLSM dans la stratégie nationale de santé et aller jusqu'à faire de la santé mentale la Grande cause nationale en 2014.

Je vous remercie très vivement, en notre nom à tous, usagers, psychiatres et élus, de votre présence et de votre écoute et nous réjouissons de vous entendre maintenant.

«● *Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé*

*Seul le prononcé fait foi*

Mesdames et messieurs,

Je suis heureuse d'être aujourd'hui à vos côtés et d'ouvrir les 2èmes rencontres nationales des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).

**I/ « Ville et santé mentale » : le thème qui a été choisi cette année, comme fil rouge de la « semaine d'information sur la santé mentale », est directement lié au travail quotidien mené par les CLSM.**

La conviction que nous partageons, c'est que le traitement de la maladie ne peut pas se limiter à une prise en charge médicale: il doit, comme vous le rappelez souvent, « s'ouvrir à la 2<sup>e</sup> cité », s'inscrire dans un territoire et mobiliser ainsi toutes les forces qui le composent.

Tel est le sens profond de la stratégie nationale de santé que j'ai lancée avec le Premier ministre.

La ville est un lieu de vie, de travail et de loisir. Elle est un espace d'échanges, où l'on est constamment confronté à l'altérité. Dans le même temps, la ville est aussi un lieu d'isolement, où beaucoup se sentent seuls parmi les autres, marginalisés, marqués par les insécurités tant sociales que physiques. A tous les âges de la vie, ces situations ont un impact direct sur la santé mentale des individus. Elles peuvent être l'origine et la cause, parmi d'autres, de troubles psychiques.

Il y a un lien entre le fait de résider dans des quartiers défavorisés en proie à une précarisation des conditions de vie et celui d'être plus vulné-

rable face aux souffrances psychiques.

La prise en compte de l'environnement et de l'ensemble des déterminants de santé est donc primordiale pour assurer la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge.

Dans le champ de la santé mentale, les inégalités sociales sont particulièrement marquées. Les personnes sans domicile fixe sont, par exemple, 8 fois plus touchées par les troubles psychotiques. Le sexe est également déterminant : les femmes sont deux fois plus atteintes par l'épisode dépressif, alors que les hommes semblent emprunter d'autres voies d'expression du mal-être, comme les comportements d'addiction. Les différences entre les régions sont aussi frappantes : ainsi, le taux de suicide en Bretagne est presque 3 fois plus élevé qu'en Ile de France. A l'intérieur des régions elles-mêmes, les inégalités entre territoires sont plus fortes encore.

Trop souvent, la maladie mentale stigmatise. Elle affaiblit l'estime de soi, elle diffuse un sentiment de honte, de culpabilité, voire d'infériorité. Elle rend plus difficiles l'insertion sur le marché du travail, l'acquisition d'un logement, la poursuite d'études scolaires et l'accès aux soins.

Les troubles psychiques sont régulièrement perçus comme une « inquiétante étrangeté ». Ils semblent parfois indéfectiblement liés à certains stéréotypes. Les personnes schizo-phrènes seraient violentes, voire incontrôlables. Celles dépressives manqueraient de volonté. D'autres auraient un caractère enfantin ou seraient simples d'esprit. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont aussi perçues comme dépendantes des autres ou comme un fardeau pour la société.

Ces dernières décennies, la psychiatrie a radicalement évolué. Les années 1960 ont mis un terme au temps de l'asile, cette « haute forteresse » décrite par Michel Foucault et Robert Castel, qui conférait au médecin des pouvoirs extraordinaires. La sectorisation, dont chacun s'accorde aujourd'hui à reconnaître le caractère précurseur, visait à inscrire la psychiatrie dans son siècle. En développant la prise en charge en ville et « hors les murs », en sortant de l'hospitalocentrisme, elle a représenté une véritable révolution.

Il nous faut accélérer le décloisonnement de la prise en charge psychiatrique. Nous devons lui permettre de s'intégrer dans le système de soins primaires et de travailler en meilleure coordination avec les services et les acteurs sociaux. C'est là le meilleur moyen de lutter contre les inégalités de santé, de renforcer nos actions de prévention et de favoriser l'émergence de parcours de soins adaptés.

## II/ Aujourd'hui, ces ambitions sont portées, au niveau local, par les CLSM.

Actuellement, 63 structures sont opérationnelles. Leur nombre sera bientôt doublé. Je me réjouis de la montée en puissance des CLSM dont je veux soutenir le déploiement sur l'ensemble du territoire.

Le développement des conseils locaux de santé mentale a d'ailleurs été préconisé par plusieurs plans et rapports récents. Je tiens à profiter de l'occasion qui m'est donnée pour saluer le rôle joué par le centre collaborateur de l'OMS, dirigé par Jean-Luc Roelandt, ainsi que l'association « Elus, santé publique et territoires » (ESPT), qui milite chaque jour pour développer et déployer ces structures. La force des CLSM, c'est de rassembler des professionnels, des associations et des élus de tous horizons. Ils constituent une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et leur famille. C'est un lieu de discussion et de partage. Cette écoute et ces instants d'échanges sont indispensables, car ils contribuent directement à déstigmatiser la maladie mentale. Les CLSM sont aussi un lieu d'interface pour la mise en œuvre de mesures locales de santé mentale et pour la concrétisation des politiques nationales. Le succès de la politique que nous souhaitons conduire repose sur notre capacité à apporter des réponses coordonnées en proximité.

Leur efficacité repose aussi sur la diversité de leur champ d'action.

Ils initient des campagnes d'information et de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale dans les quartiers prioritaires. Ils mettent en place un accompagnement spécifique auprès des personnes âgées. Ils aident les individus en souffrance à se loger et à trouver un lieu de vie adapté à leur maladie. Ils forment des groupes de prévention pour lutter contre la solitude. Ils encouragent l'implication des personnes malades dans l'animation socioculturelle et sportive.

Permettez-moi également de dire un mot du rôle des élus. Il est pour moi essentiel. Je sais qu'ils sont de plus en plus nombreux à manifester leur vigilance quant aux questions de santé et plus particulièrement encore de santé mentale. A propos des troubles du voisinage, de l'insertion sociale et professionnelle, de l'accès aux soins pour tous et, plus généralement, de l'exercice de la citoyenneté des personnes vulnérables : ce travail des élus, quartier par quartier, mérite à nouveau d'être salué.

Dans ce domaine, les maires sont d'autant plus concernés qu'ils sont directement sollicités pour pallier les difficultés d'insertion, pour lutter contre l'exclusion et la discrimination des personnes atteintes de troubles psychiques. Leur capacité à agir de manière transversale, sur tous les leviers de la santé mentale, en fait des acteurs dont la légitimité est pleinement reconnue.

Mesdames et messieurs,

### **III/ Comme l'a souhaité le Premier ministre, la santé mentale fera l'objet d'une attention particulière dans la Stratégie nationale de santé.**

Les rapports sur la psychiatrie se sont accumulés ces dernières années. La majorité des constats est largement partagée. Je sais que le dernier plan santé mentale, annoncé par le gouvernement précédent en avril 2012, peine à s'appliquer dans nos régions, faute d'orientations claires et précises. Les attentes des acteurs du secteur de la psychiatrie sont fortes et légitimes.

C'est pourquoi je veux que nous franchissions une nouvelle étape pour forger la psychiatrie de demain. Ma politique de santé mentale se déploiera autour de quatre grands axes.

**1/ Le 1<sup>er</sup> d'entre eux, c'est de mieux connaître la réalité de la santé mentale.** Nous devons conduire une action éclairée. Il nous faut donc commencer par développer les études épidémiologiques, qui manquent aujourd'hui cruellement en santé mentale. Les sujets tels que le suicide ou la dépression devront être traités en priorité. Tel est par exemple le sens de la création de l'observatoire du suicide que j'ai annoncée récemment.

**2/ Le 2<sup>e</sup> axe, c'est la volonté d'adapter la prise en charge en fonction de la situation et de la pathologie de chaque malade.**

Pour ce faire, la prévention doit constituer une priorité. Nous devons tout mettre en œuvre pour coordonner les actions de la médecine scolaire et universitaire, la PMI pour les plus jeunes et la médecine du travail.

Le médecin généraliste joue aussi un rôle central pour repérer, orienter et coordonner la prise en charge des personnes. En santé mentale aussi, nous devons favoriser une logique de parcours. Une personne doit pouvoir être orientée, par son médecin généraliste, vers un psychiatre pour une prise en charge spécialisée, ou vers un hôpital psychiatrique si elle en a besoin, ou encore vers un service médico-social.

En psychiatrie, il est impensable de vouloir dissocier le soin de l'accompagnement social. Le traitement doit être adapté à la situation de chacun : on ne peut prendre en charge de la même manière un jeune ou une personne âgée, une personne en situation de précarité ou un détenu. Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement, ainsi que toutes les initiatives privilégiant les soins spécifiques, doivent donc être encouragés. Je pense par exemple aux programmes expérimentaux d'insertion sociale et professionnelle.

La responsabilité qui est celle des professionnels, c'est d'aller vers le patient pour qu'il accepte la démarche de soins, la comprenne et y adhère, lorsque celui-ci en est très éloigné. C'est notamment le rôle des « équipes mobiles psychiatrie et précarité », dont je veux ici souligner la qualité de l'action.

### 3/ Le 3<sup>e</sup> axe visera à rénover la vision des soins sans consentement.

La question spécifique des soins sans consentement en psychiatrie devra être revue rapidement, compte tenu des deux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 déclarées non constitutionnelles. Cela se fera en concertation avec les acteurs du secteur. La priorité, c'est de garantir les libertés individuelles, tout en préservant la sécurité de nos concitoyens.

Nous ne pouvons pas nier que la maladie mentale peut aussi, dans certains cas, conduire à des troubles de l'ordre public. Mais il s'agit toutefois de ne pas l'aborder sous le seul angle sécuritaire. Je veux être pragmatique et je prendrai donc en compte certaines avancées de cette loi, et notamment l'intervention obligatoire du juge des libertés et de la détention.

L'objectif assumé, c'est qu'un cadre clair et cohérent soit fixé pour les soins sans consentement.

### 4/ Enfin, le 4<sup>e</sup> axe de ma politique en santé mentale, c'est le renforcement du rôle institutionnel des malades et de leur famille.

Le champ de la santé mentale compte encore trop peu d'associations. Leur implication dans les processus de concertation et de décision est parfois modeste dans certaines régions ou dans certains établissements. Leur rôle pour informer et accompagner les personnes en souffrance est pourtant précieux.

La participation des associations à l'élaboration des politiques publiques, à la planification, à la formation, à la recherche et à l'évaluation est fondamentale. Je veux ainsi renforcer leur place et leur permettre d'être pleinement représentées au sein des structures et des différentes instances du système de santé. Le combat contre la stigmatisation doit guider l'ensemble de nos actions. En ce sens, les acteurs de terrain, et plus particulièrement encore les associations, doivent avoir une place centrale pour favoriser l'insertion des personnes malades.

Mesdames et messieurs,

Voilà les grandes orientations qui sont celles que je porterai pour que nous améliorions ensemble la politique de santé mentale de notre pays.

Je vous remercie.





018/019

# LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ET LES LIENS ENTRE VIOLENCE ET SANTÉ MENTALE

**Christopher Mikton**  
*OMS Genève.*



## I. La violence

- Typologie, ampleur et conséquences

## II. Aperçu des activités de prévention de la violence de l'OMS

- RMVS (l'approche de la santé publique) et ses suites
- Guides techniques
- Travail sur le terrain, formation, et l'APV
- Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde

## III. Liens entre la violence et la santé mentale

- Violence et adversité durant l'enfance comme facteurs de risques liés aux troubles mentaux
- Troubles mentaux comme facteur de risque pour être victime de violence
- Troubles mentaux comme facteur de risque pour être auteur de violence

# I. La violence

## I. La violence

- Définition

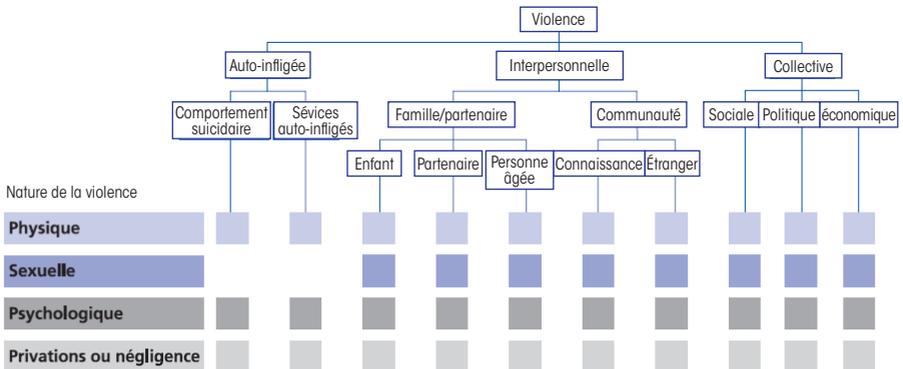
“La menace ou l’utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations.”

*Rapport mondial sur la violence et la santé*



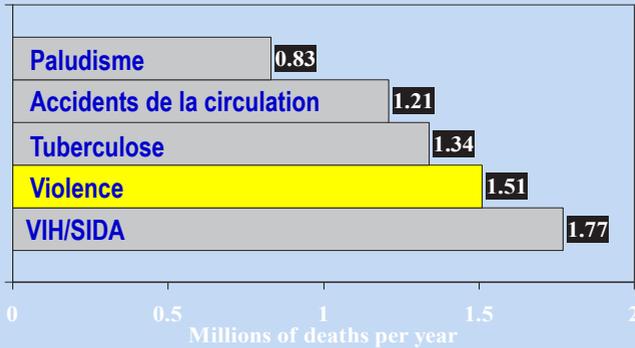
# I. La violence

- Typologie de la violence



# I. La violence

Ampleur : estimation du nombre de décès dus aux problèmes de santé les plus importants (en millions de morts par année)

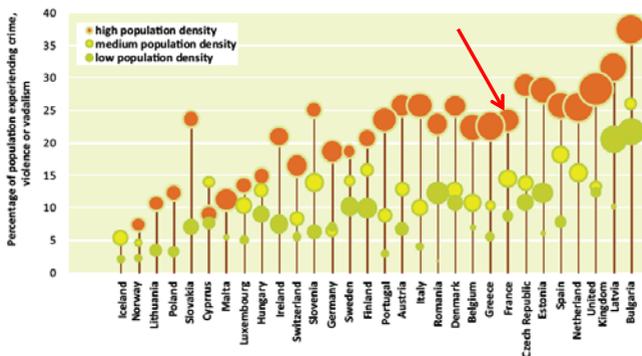


Source: OMS Charge mondiale de morbidité, 2008.



## La violence – zones urbaines-rurales

Fig. 6.2: Percentage of population experiencing crime, violence or vandalism by degree of urbanization, European Union countries (2009)



Source: Eurostat, *Regional Yearbook 2011* (2011).



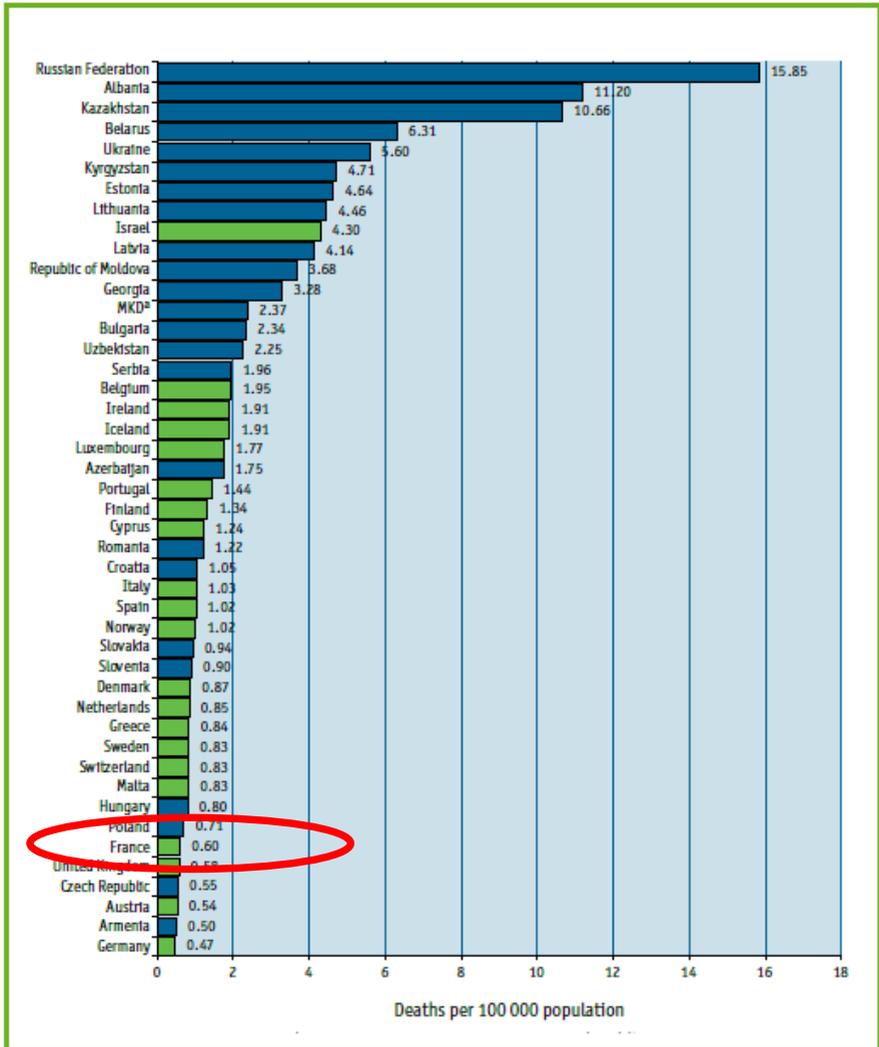
## Violence conjugale – zones urbaines-rurales

Pays – zone urbaine ou rurale	% des femmes qui ont été victime de violence conjugale physique ou sexuelle dans leurs vies
Bangladesh – zone urbaine	53.4%
Bangladesh – zone rurale	61.7%
Brésil – zone urbaine	28.9%
Brésil – zone rurale	36.9%
Pérou – zone urbaine	51.2%
Pérou – zone rurale	69%
Thaïlande – zone urbaine	41.1%
Thaïlande – zone rurale	47.4%

OMS - Étude multi-pays sur la santé des femmes et la violence domestique - 2006



• Taux d'homicide 10-29 ans en Europe – 2004-2006

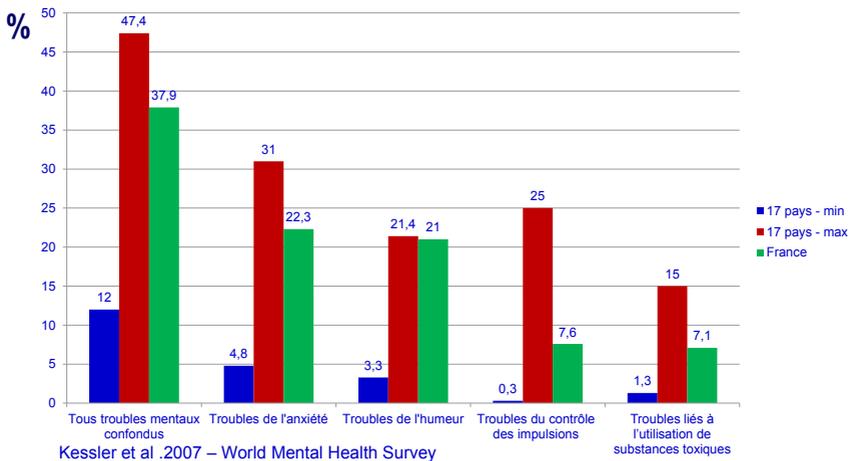


La prévention de la violence et les liens entre violence et santé mentale

## La violence: conséquences



## Prévalence des troubles mentaux sur la durée de vie



## II. Aperçu des activités de prévention de la violence de l'OMS

### II. Aperçu des activités de prévention de la violence de l'OMS



La violence peut être prévenue et son impact réduit  
→ l'approche de la santé publique

#### La portée du rapport:

- Les jeunes et la violence
- La maltraitance des enfants
- La violence conjugale
- La maltraitance des personnes âgées
- La violence sexuelle
- La violence dirigée contre soi-même
- La violence collective
- Recommandations sur les mesures à prendre



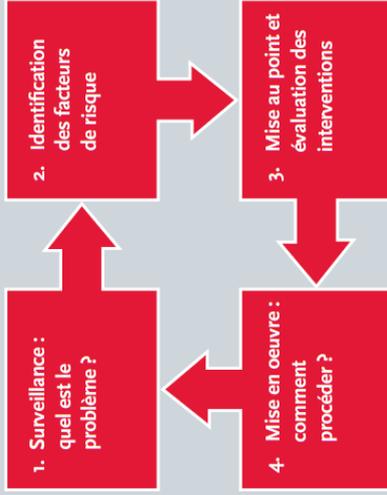
### L'approche de la santé publique

- Accent sur la prévention
- Scientifique
- Interdisciplinaire
- Multi-sectorielle
- Populations
- Trajectoire de vie



# L'approche de la santé publique

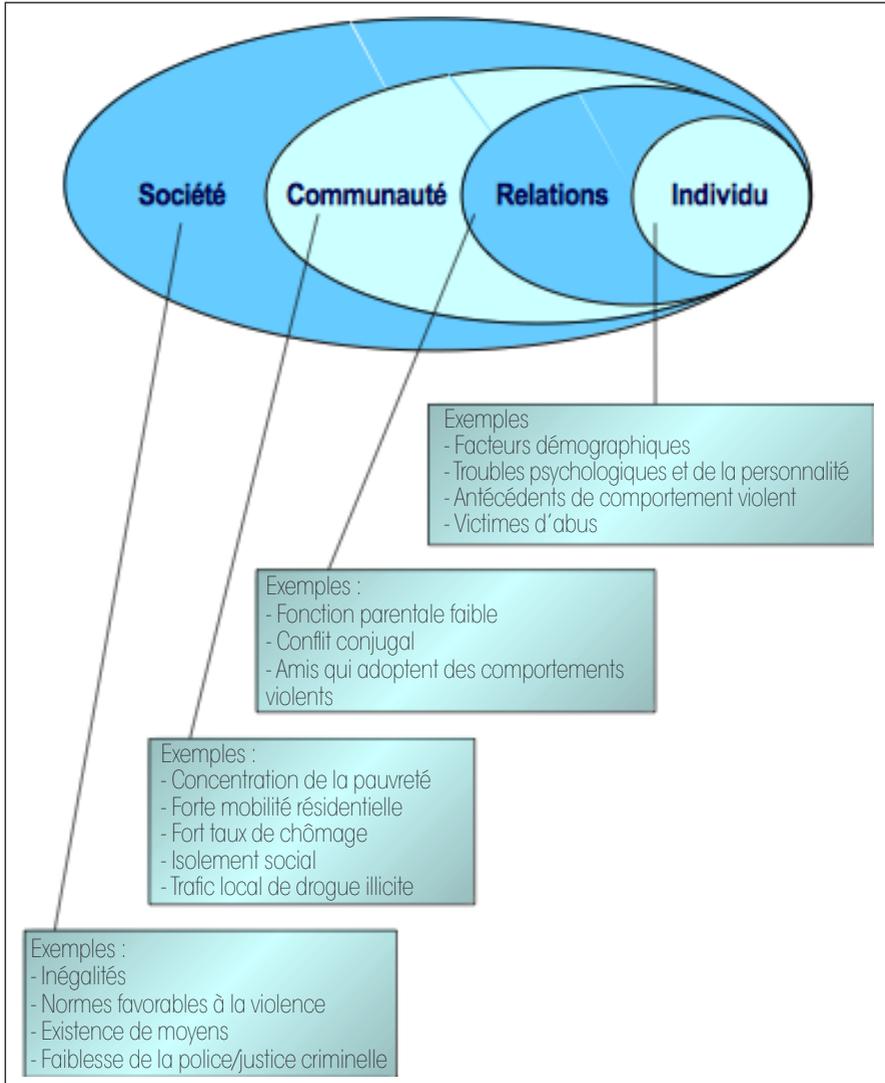
FIGURE 1 : L'APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE



- Étape 1 :** Recueillir des données sur l'ampleur, les caractéristiques, l'étendue et les conséquences du problème aux niveaux local, national et international.
- Étape 2 :** Déterminer les causes du problème ainsi que les facteurs qui augmentent ou diminuent la vulnérabilité individuelle au problème, et examiner si ces facteurs sont susceptibles d'être modifiés.
- Étape 3 :** Concevoir, mettre en oeuvre et évaluer les interventions visant à prévenir le problème sur la base des informations recueillies au cours des étapes 1 et 2.
- Étape 4 :** Diffuser des informations sur l'efficacité des interventions ; mettre en oeuvre les interventions efficaces à plus grande échelle ; et évaluer la rentabilité des interventions à plus grande échelle.



**Le modèle écologique**  
→ Pour comprendre les facteurs de risques



**La prévention de la violence et les liens entre violence et santé mentale**

# Les suites internationales du Rapport mondial sur la violence et la santé

## Les suites internationales du RMVS

### ▪ Rapports nationaux

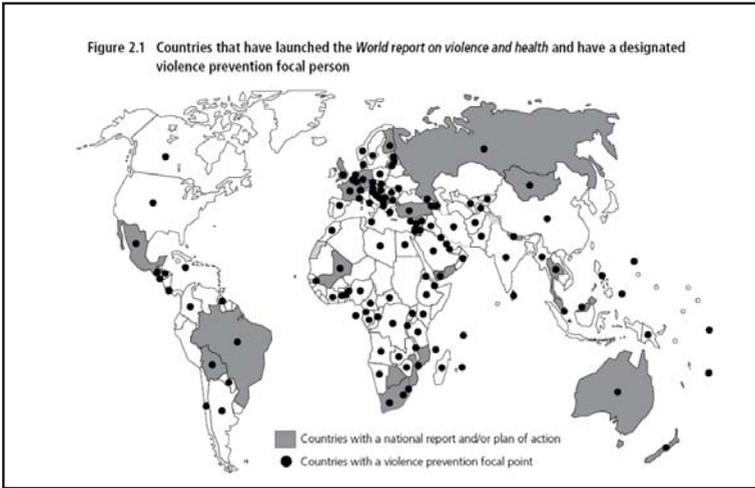
- |                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| Belgique          | Papouasie-Nouvelle-Guinée |
| Brésil            | Roumanie                  |
| Costa Rica        | Fédération de Russie      |
| Inde              | Afrique du Sud            |
| France (mai 2004) | Espagne                   |
| Jamaïque          | Sri Lanka                 |
| Jordanie          | Thaïlande                 |
| Malaisie          | Royaume-Uni               |
| Mexique           | etc...                    |
| Mongolie          |                           |
| Mozambique        |                           |
| Népal             |                           |



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Haut Comité de la santé publique, Violences et santé, mai 2004

## Réseau des points focaux du Ministère de la Santé

Figure 2.1 Countries that have launched the World report on violence and health and have a designated violence prevention focal person





## Travail sur le terrain & formation



### Quelques exemples

- **Prévention de la maltraitance des enfants**
  - Afrique du Sud, Arabie Saoudite, Brésil, Chine, Macédoine, Malawi, Mozambique, Malaisie, Philippines
- **Prévention de la violence à l'égard des femmes**
  - Afrique de l'Est/Australe, Amérique Centrale, Asie du Sud-Est et Pacifique, Mozambique
- **Formation**
  - Programme d'études **TEACH-VIP**; Version **e-learning** ("en ligne") de **TEACH-VIP**; **cours spécialisés**; séminaires sur le web "**VIP Webinars**"



## Actions de sensibilisation

- **Alliance pour la Prévention de la Violence:**
  - Réseau informel d'organismes et de groupes gouvernementaux, non-gouvernementaux et privés (52 participants)
  - Visé à poursuivre la mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur la violence et la santé
  - Accent sur la violence interpersonnelle
- **Campagne Mondiale de la Prévention de la Violence**
  - Réunion 2013 - Mexico, novembre
  - Plan d'action 2012-2020



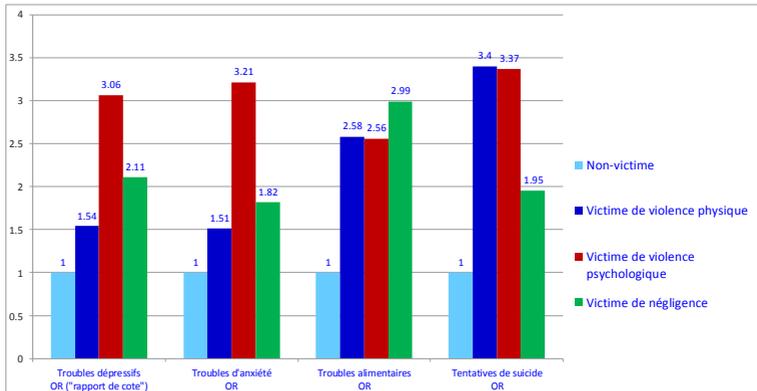
## Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde

- Premier bilan sur les mesures prises pour prévenir la violence au niveau mondial
- S'appuiera sur une enquête menée en 2012/2013
- Les données présentées pourront servir de base pour mesurer les progrès accomplis
- Sera publié en 2014



### III. Liens entre la violence et la santé mentale

#### 1. Violence durant l'enfance comme facteurs de risques pour troubles mentaux



Norman et al. (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis



#### Maltraitance de l'enfant

1. maltraitance physique
2. violence psychologique
3. abus sexuel

#### Négligence

4. Physique
5. émotionnelle

#### Dysfonctionnement familial

6. Violence entre parents
  7. Parent alcoolique ou toxicomane
  8. Parent incarcéré
  9. Problèmes de santé mentale d'un parent
  10. Rupture familiale (séparation, divorce, décès précoce)
- Parfois – conditions socio-économique très difficiles

- → **Adversités très souvent liées**



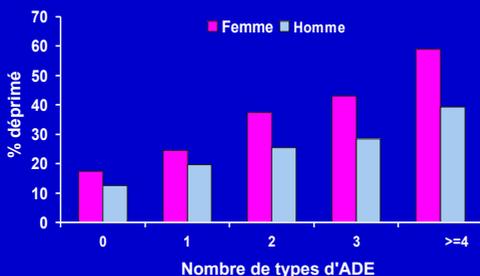
## Prévalence de types différents d'adversité durant l'enfance (ADE)

Anda et al. - Californie

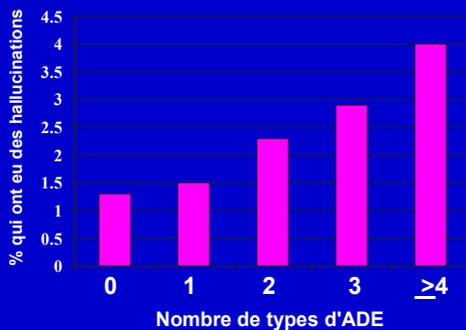
Nombre de types ADE	Prévalence
0	33%
1	26%
2	16%
3	10%
4 ou plus	16%



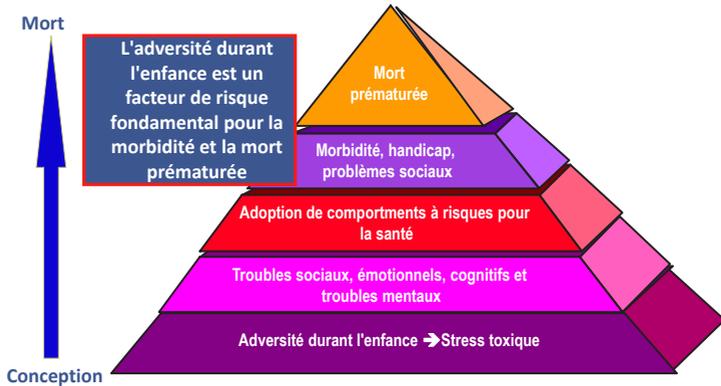
### Nombre de type d'ADE et dépression durant la vie



### ADE et hallucinations



## Conséquences d'adversité durant l'enfance



Source: CDC (2010).

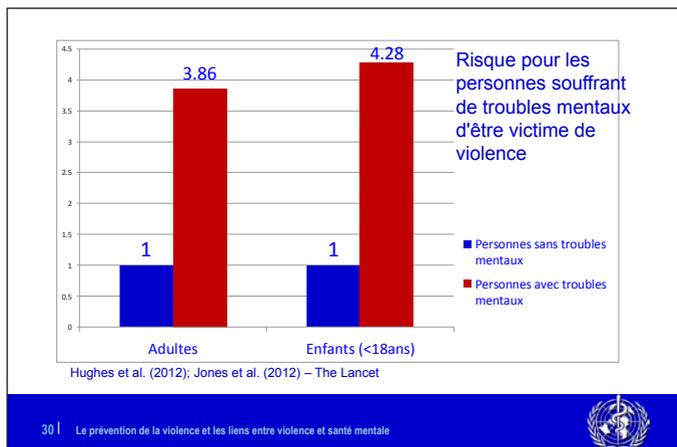


## % de troubles mentaux attribuables aux ADE

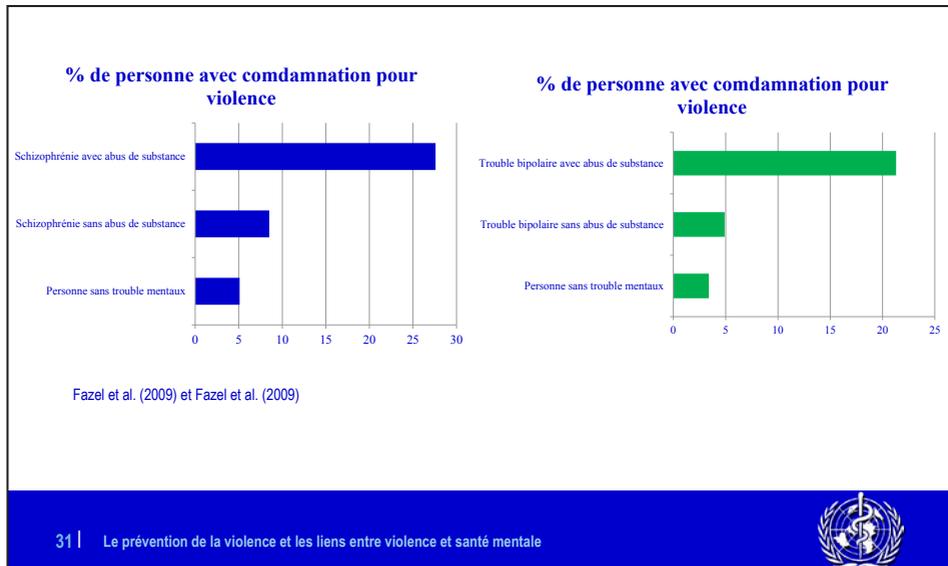
- Fraction des troubles mentaux dans la population attribuable aux adversité durant l'enfance
- Elimination dans la population de toutes ADE réduirait de:
  - 23% les troubles de l'humeur (par ex. dépression)
  - 31% les troubles d'anxiété
  - 42% les troubles comportementaux
  - 28% les troubles liés aux substances
  - 30% les 20 troubles mentaux les plus communs (Enquête mondiale sur la santé mondiale de l'OMS - Kessler et al., 2010)
- Limites: études rétrospectives, facteurs génétiques pas pris en compte
- Etudes semblables en Europe, Vietnam, Philippines, etc.



## 2. Troubles mentaux comme facteur de risque pour être victime de violence



## 3. Troubles mentaux comme facteur de risque pour être auteur de violence



## Défis

- Approche aux différentes formes de violences intégrées
- Conséquences à long-terme sont encore méconnues
- Plus d'attention à la "dangerosité" de personnes qui souffrent de troubles mentaux qu'aux faits
  - Que leurs troubles mentaux sont souvent une conséquence de la violence et d'expériences de vie difficile
  - Qu'ils sont plus souvent victimes de violences
- De nombreux secteurs avec différentes approches
- Manque de données dans les pays à faible et moyen revenu
- Fonds limités



## Merci

Mon adresse e-mail: [miktonc@who.int](mailto:miktonc@who.int)



[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/)



<http://www.facebook.com/whovioleneprevention>



<http://twitter.com/WHOviolencenews>





# L'IMPLICATION DES ÉLUS ET DES VILLES DANS LA SEMAINE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ MENTALE

**Aude Caria**  
Coordinatrice nationale SISM,  
CCOMS / Psycom

## Semaine d'information SUR la santé mentale







**Comité d'organisation national :** 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)

2

## Semaine d'information SUR la santé mentale





**OBJECTIFS DE LA SISM**

- **CONVIER** un public pas habituellement sensibilisé aux questions de Santé mentale, dans un but de pédagogie et de dédramatisation.
- **INFORMER** 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.

3

## Semaine d'information SUR la santé mentale



### Le rôle du Comité national d'organisation :

- ❑ Choisir le thème annuel et rédiger son argumentaire
- ❑ Diffuser l'information (communiqué de presse, dossier de presse)
- ❑ Déterminer les critères de validation des actions SISM
- ❑ Gérer le site web (guide d'actions SISM, liste de films et de spectacles support d'actions par rapport au thème annuel, enregistrement des actions)
- ❑ Mobiliser les initiatives locales
- ❑ Participer à l'évaluation de la SISM

Le comité d'organisation est coordonné par le Centre collaborateur de l'OMS

4



En 2013, le Comité soutenu la diffusion de la pièce de théâtre interactif :

« Un peu de brume dans la tête » de la Compagnie Sara Veron

Cette pièce a reçu le soutien financier de la Fondation de France pour une tournée de 10 dates en France pendant la SISM

5

### La SISM 2013 en quelques chiffres



- ❑ Près de 700 événements recensés, dans 250 communes
- ❑ 200 animations, 165 conférences-débats, 127 ciné-débats, 96 expositions, 45 spectacles...
- ❑ Organisés par environ 66 délégations Unafam, 60 établissements de santé (EPSM, EPS et CHU), 30 GEM et 20 associations d'usagers.
- ❑ Pour la première fois dans les îles : Guadeloupe, Réunion, Corse
- ❑ La fréquentation du site SISM a augmenté de 160% en 2013

## La SISM 2013 en quelques chiffres



### □ Collectifs SISM identifiés

**Angers et agglo, Lorraine (54, 55, 57, 88),  
Charentes-Maritime (17), Haute savoie (74), Ile-et-  
vilaine (35), Isère (38), Maine et Loire (49), Nantes  
(44), Puy de Dôme (63), Rhône (69), Haut-Rhin  
(68), Nord-Pas-de-Calais (59-62).**

## La SISM 2013 en quelques chiffres



### □ Villes organisatrices de la SISM, sans CLSM :

Cergy, Cluses, Grasse, Laval, Les Ulis, Lys-Lez-Lannoy,  
Palaiseau, Rochefort, Saint-Brieuc, Saint-Genis...

## La SISM 2013 en quelques chiffres



### □ Villes ou aglo organisatrices de la SISM, AVEC CLSM

Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Longvic, Lunéville,  
Lyon, Marseille, Morlaix, Mulhouse, Nanterre, Paris (3<sup>e</sup>,  
11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup>), Pezenas, Reims, Rennes,  
Rouffach, St-Etienne, St-Germain-en-Laye, Toulouse,  
Villeurbanne...

## La SISM 2013 en quelques chiffres



### □ Villes ayant lancé leur CLSM à l'occasion de la SISM :

Aix-les-Bains, Albertville, Chambéry, Cholet,  
Mulhouse, Roubaix, Sceaux, St-Jean-de-Maurienne,  
Tremblay-en-France...

## Implication des villes



- Mise à disposition de salles municipales
- Prise de parole en ouverture d'actions
- Organisation d'actions en partenariat dans le cadre de collectifs SISM
- Porteuses de la SISM dans le cadre des CLSM
- Porteuses de la SISM dans le cadre des CLSM et d'une politique municipale identifiée et pérenne en faveur de la santé mentale

## Conclusions

- Depuis 5 ans la SISM a vu son nombre d'événements multiplié par 2
- L'implication des élus est en progression et potentialise l'impact de la SISM
- Favorise l'intégration dans la cité des patients, de leurs proches et des systèmes d'aide et de soins.
- Dans les années à venir, les CLSM et la SISM devraient devenir, sur tous les territoires, les outils de la santé mentale citoyenne
  
- En Octobre 2014 : la troisième journée des CLSM (organisée par ESPT et le CCOMS) sera couplée avec la première journée des acteurs de la SISM





# LES RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN CLSM: VOLET SANTÉ MENTALE, CONTRAT LOCAL DE SANTÉ ET ATELIER SANTÉ VILLE

**Dr Jean Luc ROELANDT**

*Directeur du Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille -France)/EPSM Lille Métropole*

**Pauline GUEZENEC**

*chargée de mission CCOMS  
Conventions : DGS / EPSM Lille-Métropole ACSé  
-CCOMS / EPSM Lille-Métropole*

## POURQUOI DES RECOMMANDATIONS ?

- ⑩ Établir les bases d'un cadre réglementaire incitatif à leur diffusion sur toute la France
  - ⑩ Actuellement, plus de 60 Conseils Locaux de Santé Mentale opérationnels ( ce qui représente plus de 150 villes)
  - ⑩ 50 en voie de création,
  - ⑩ Présents dans les priorités de développement des plans régionaux de santé mentale ( prsm ) d'une douzaine de régions,
  - ⑩ Constatation de hétérogénéité des Clsm : fonctionnement, membres, actions, etc.
- A la demande de plusieurs acteurs : ACSE, DGS, ARS, Villes, Services de psychiatrie



## LES CONSEILS LOCAUX REPONDENT CONCRETEMENT AUX RECOMMANDATIONS DE... (1)

- La stratégie européenne de la santé mentale OMS Europe (Conférence Helsinki, 2005) qui a mis en avant l'importance des décloisonnements, le partenariat multisectoriel et la coordination locale des services et des stratégies politiques.
- L'Union Européenne qui référence les Clsm depuis 2010 comme un des outils techniques permettant de formaliser au niveau local les recommandations formulées par l'OMS.
- Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, paru en février 2012, fait référence aux CLSM à plusieurs reprises et affirme les objectifs stratégiques du CLSM.



## LES CONSEILS LOCAUX REPONDENT CONCRETEMENT AUX RECOMMANDATIONS DE... (2)

- La Cour des Comptes qui recommandait, dans un rapport publié en décembre 2011, de « *généraliser les CLSM, regroupant sur un territoire l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les généralistes et leurs partenaires notamment les collectivités territoriales* ».
- Le Haut Conseil de la Santé Publique : en octobre 2011, l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale préconisait de mieux intégrer la psychiatrie et la santé mentale dans la cité (principe n° 4) « *les CLSM ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux (professionnels, institutions, élus, usagers). Leur développement doit être soutenu* »



## CONTEXTE : moteurs de la création des CLSM

- Instauration d'une collaboration entre les acteurs de la cité et les services de psychiatrie publiques en faveur de la santé mentale.
  - Développement de la psychiatrie citoyenne, intégrée dans la cité, prolongation de la psychiatrie de secteur
  - Prise de conscience par les élus de la souffrance et du handicap psychique (via les Ateliers Santé Ville)
  - Développement de la démocratie sanitaire, des associations d'usagers et de la participation des habitants dans le cadre de la politique de la ville
- *Ces CLSM, visent l'amélioration de l'accès aux soins et aux droits pour tous et sont des outils opérationnels contre l'exclusion sociale, les inégalités de santé et la stigmatisation.*



## OBJECTIFS STRATEGIQUES DU CLSM

### PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE

- ⑩ Mettre en place une observation en santé mentale,
- ⑩ Permettre l'accès et la continuité des soins,
- ⑩ Favoriser l'inclusion sociale et l'autonomie des usagers,
- ⑩ Permettre l'accès aux droits
- ⑩ Participer aux actions de lutte contre la stigmatisation
- ⑩ Intégrer le CLSM dans les contrats locaux de santé passés entre les villes et l'ARS, pour la mise en œuvre du volet « santé mentale »



## OBJECTIFS OPERATIONNELS DU CLSM

- ⑩ Définir les priorités en fonction des besoins de la population définis localement
- ⑩ Définir une stratégie pour y répondre sur le plan de la prévention, de l'accès et de la continuité des soins, et de l'inclusion sociale
- ⑩ Développer le partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions définies antérieurement
- ⑩ Mettre en œuvre collectivement les actions pour répondre aux besoins et à la création de structures nécessaires



## PROPOSITIONS DE FONCTIONNEMENT (1)

### L'assemblée plénière :

- ⑩ Présidée par le maire ou son représentant
- ⑩ Réunit les membres du Clsm
- ⑩ Force de proposition et lieu de discussion et de concertation.

*Les référents des groupes de travail, thématiques ou par projet créés sous l'égide du comité de pilotage, présentent les axes de travail en cours et la déclinaison des actions qui s'y rapportent.*



## PROPOSITIONS DE FONCTIONNEMENT (2)

### Le comité de pilotage

- ⑩ Présidé par le maire ou son représentant et co-animé avec le(s) chef(s) de secteur(s) de psychiatrie publique.
- ⑩ Les représentants des usagers et des aidants y participent effectivement
- ⑩ Si un ASV est présent sur le territoire, son coordonnateur est membre du comité de pilotage.

#### Missions du comité de pilotage :

- définit les actions du Clsm
- arrête les priorités en tenant compte des orientations de l'assemblée plénière
- propose la création de groupes de travail



## ACTIONS DU CLSM (1)

### 1/ L'observation

Réalisation d'un diagnostic préalable pour décrire les besoins de la population en santé mentale, définir des publics ou thématiques prioritaires et lister les ressources locales.

### 2/ Prévenir et permettre l'accès aux soins pour tous

- Repérer précocement les troubles et faciliter l'accès aux soins pour une prise en charge précoce et adaptée, en dehors de l'urgence.
- Prévenir l'aggravation des troubles et leurs conséquences sur l'état de santé de la personne et sur son insertion sociale.
- Contribuer à réduire les inégalités socio-territoriales de santé mentale.



## ACTIONS DU CLSM (2)

### 3/ L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion

- Faciliter l'accès et le maintien dans le logement ainsi que l'insertion professionnelle et la formation.
- Favoriser les activités culturelles et de loisirs pour les usagers et plus largement l'égalité de place dans la cité.
- Aider au retour à l'emploi

### 4/ La lutte contre la stigmatisation

- Actions de prévention et d'information sur les troubles mises en œuvre notamment lors de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM). La SISM peut être pilotée par une commission de travail du Clsm.
- Utilisation de supports de communication variés, visant le grand public mais aussi les différents professionnels.



## ACTIONS DU CLSM (3)

### 5/ La promotion en santé mentale

- Apporter à la population générale et aux professionnels médico-sociaux et éducatifs des connaissances minimales sur les troubles psychiques, les institutions et les structures de soins.

### 6/ L'aide à la résolution des situations psychosociales complexes : cellule de coordination

- Son but : organiser une analyse partagée entre professionnels permettant la résolution des situations individuelles difficiles.
- Des règles déontologiques assureront l'équilibre entre l'échange des informations nécessaires, le respect du secret professionnel ainsi que le respect des personnes et l'adhésion de celles-ci aux mesures les concernant. (approbations du fonctionnement par un comité d'éthique)



## DEUX NIVEAUX DE COMMUNICATION

- 10 **Des actions de communication sur le Clsm**  
(plaquette, site internet...) à destination des membres identifiés du Clsm et des acteurs susceptibles d'y participer.
- 10 **Des actions de communication à destination des citoyens** sur les troubles psychiques et les ressources en termes de soins et d'accompagnement.



## ÉVALUATION

L' appropriation du projet du Clsm par ses membres, ainsi que leurs modalités d' engagement sont évaluées régulièrement.

- Un bilan annuel explicite :
  - le lien entre les projets/actions locaux et le plan régional de santé,
  - les difficultés rencontrées au sein du Clsm
  - les projets aboutis et les partenariats élaborés.

Ce bilan est diffusé aux décideurs, à l' ensemble des membres du Clsm et de ses partenaires, aux élus concernés. Le Clsm prévoit des modalités de restitution de son activité à la population.



## Informations

[www.ccomssantementalelillefrance.org](http://www.ccomssantementalelillefrance.org)  
Contact: [ccoms@epsm-lille-metropole.fr](mailto:ccoms@epsm-lille-metropole.fr)

«● *Olivier Rovere, Président de la plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville.*

Mesdames et Messieurs les élus, Mesdames et Messieurs,

Bonjour,

C'est au titre de la plateforme nationale de ressources ateliers santé ville que je m'exprime aujourd'hui parmi vous. Notre association, créée en octobre 2011 a pour objet de :

1. contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
2. constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux ;
3. faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ateliers santé ville ;
4. être force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation dans le cadre des dynamiques territoriales de santé.

Dans mes propos, j'évoquerais l'intérêt à développer les conseils locaux de santé mentale, et leur nécessaire et naturelle articulation avec la démarche des ateliers santé ville (ASV).

Les ASV se sont développés au début des années 2002 avec pour mission de conduire des programmes d'actions de santé dans les quartiers de la politique de la ville. Il s'agit au moyen de cette démarche de participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Douze ans plus tard, force est de constater qu'avec la crise financière qui perdure, ces inégalités se creusent de manière insupportable.

Les situations de précarité et vulnérabilité sociales auxquelles sont confrontées une partie de plus en plus importante de nos concitoyens ont un impact sur leur état de santé. La santé mentale est une problématique très souvent identifiées dans les quartiers de la politique de la ville par les ASV. Elle qui appelle à des réponses partagées entre professionnels médico-socio-éducatifs en associant les institutions et les usagers. Les conseils locaux de santé mentale permettent de répondre à ces besoins.

En termes de finalité et de moyens, Il y a beaucoup de similitude entre la démarche ateliers santé ville et le conseil local de santé mentale :

- un engagement volontaire des élus ;
- la volonté d'apporter des réponses de proximité à des besoins clairement identifiés par la mise en œuvre d'une programmation d'action ;
- la nécessité d'articuler, de décloisonner et de coordonner les politiques et les dynamiques locales et les pratiques professionnelles.

Au-delà de ces similitudes, il apparaît fondamental pour la plateforme nationale de ressources des ASV de positionner clairement la démarche ASV par rapport à celle du CLSM quand les deux coexistent sur un même territoire.

Si l'ASV peut être à l'initiative de la constitution d'un CLSM, en être le promoteur, il ne peut pas en être l'opérateur. L'ingénierie du CLSM doit être distincte de celle de l'ASV pour plusieurs raisons :

- l'ASV s'inscrit sur les quartiers de la politique de la ville alors que le CLSM s'inscrit sur un territoire plus large : communal ou inter-communal
- le champ de la santé mentale est un champ spécifique : par ses acteurs, ses outils, des problématiques spécifiques. Il appelle une ingénierie éclairée et formée sans pour autant que la personne soit un soignant. J'en profite à ce sujet pour souligner la qualité du diplôme inter-universitaire « santé mentale dans la communauté » organisé notamment par le Dr Jean-luc Roeland.
- les moyens humains et financiers nécessaires. Coordonner et animer un ASV ou un CLSM demande du temps et par ailleurs les financements ne sont pas les mêmes : ACSé (Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances) – collectivité territoriale pour le premier et, centre hospitalier – ARS – collectivité(s) territoriale(s) pour le deuxième.

Je profite de cette tribune, pour vous inviter à inscrire les ASV et les CLSM dans les contrats locaux de santé signés avec les ARS. En effet, il nous apparaît fondamental que ces démarches puissent être reconnues dans leur mission et périmètre géographique d'intervention pour mobiliser le droit commun, pour éviter les milles feuilles, pour rendre cohérent le pilotage de ces différents dispositifs

Tout comme nous promovons un portage de l'ASV par la collectivité et donc un recrutement du coordinateur ASV par cette dernière, il nous semble important que le coordinateur CLSM soit rattaché à la collectivité afin de faciliter l'intersectorialité de la démarche.

L'ASV doit pouvoir nourrir le CLSM et vice-versa. L'articulation avec les projets de réussite éducative doit également être facilitée.

Parce que la personne qui souffre de troubles de santé mentale est un citoyen, à ce titre elle a un droit d'accès au logement, au travail, à la culture et aux loisirs ; au delà de la prise en charge de sa pathologie elle doit avoir un droit d'accès aux dépistages et à l'éducation pour la santé, un droit à être reconnu dans la société et non pas stigmatisée et rejetée. L'effectivité de ses droits appelle à des réponses intersectorielles, à des actions transversales, à un décloisonnement des différentes politiques.

Les acteurs et institutions sont multiples et nombreux : psychiatrie de secteur, centre hospitalier, service sociaux des conseils généraux, mission locale, bailleurs sociaux, associations d'usagers, police, maison de adolescents, etc. Ils doivent travailler ensemble pour conjuguer leurs actions. Nous ne doutons pas que les CLSM contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales et ne pouvons qu'encourager leurs mises en œuvre car l'enjeu aujourd'hui est bien de construire avec l'ensemble des acteurs non pas un parcours de soins mais bien un parcours de santé.



# L'ÉVALUATION DU CLSM DE GRENOBLE

## **Patrice Voir**

*Maire adjoint, délégué à la santé, ville de Grenoble,*

## **Dr Pierre Murry**

*Chef de pôle de psychiatrie, CH Alpes-Isère,*

## **Nicolas Fieulaine**

*Maître de conférences, Groupe de recherche en psychologie sociale (GRéPS), Université Lyon 2.*

## **Recherche-action et santé mentale : L'Évaluation qualitative et prospective du clsm de grenoble**

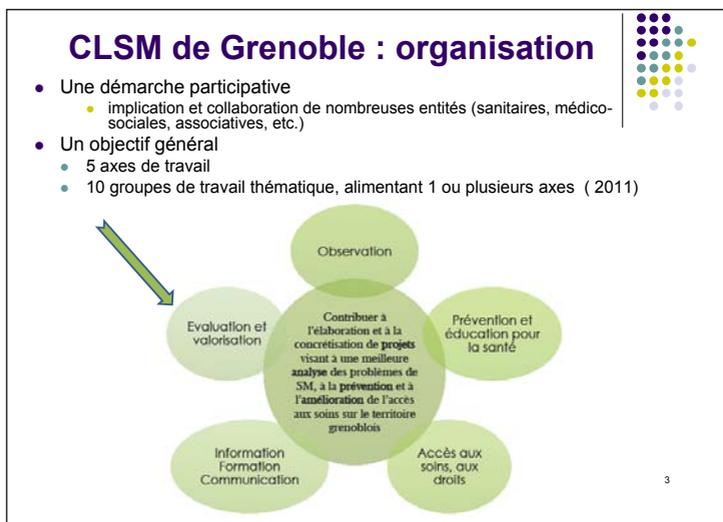
*Conseil Local de Santé mentale de Grenoble, Ville de Grenoble, Centre Hospitalier Alpes-Isère*

*Avec le Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRéPS, Université Lyon 2)*

### 1. L'origine de la démarche d'évaluation

La constitution d'un CLSM est une démarche participative impliquant la collaboration de nombreuses entités sanitaires et médico-sociales différentes et très hétérogènes.

Créé en 2006, le CLSM de Grenoble est organisé en groupes de travail thématique, issus de constats partagés. Son contenu a été formalisé en axes de travail et objectifs. L'évaluation du CLSM était un axe de travail.



Si le principe de l'évaluation de cette démarche publique était posé, restait à en définir les modalités. Rapidement il a été constaté plusieurs difficultés et complexités:

- La nature même de l'objet de l'évaluation. Comment évaluer un dispositif de concertation et de coordination, interprofessionnelle et interinstitutionnelle?
- La diversité des cultures professionnelles, individuelles et des appartenances des participants.
- La représentation négative de la notion d'évaluation.
- Un vécu d'évaluation subie et sanction, souvent décalée de la réalité de l'activité réalisée.

Néanmoins un groupe de travail s'est constitué définissant quelques attentes vis-à-vis de cette évaluation. La Mairie de Grenoble et le CHAI (Centre hospitalier Alpes-Isère) étant les garants de ce projet, c'est tout naturellement vers une démarche d'évaluation participative et évolutive que nous nous sommes tournés (type recherche action). Le CCOMS intéressé par notre démarche, a participé à cette première élaboration. L'évaluation se devait d'être qualitative, participative, avec une méthode permettant de prendre en compte les complexités décrites. Afin de garantir la neutralité nécessaire, il devait être fait appel à un opérateur extérieur. Le GRePS a fait une proposition assez novatrice formalisée dans une convention tripartite entre la Ville de Grenoble, Le CHAI, et le GRePS.

Ce projet, élaboré conjointement par le laboratoire de recherche et les porteurs du CLSM, a consisté à mettre en œuvre une démarche de recherche-action appliquée au terrain local dont les objectifs principaux étaient:

- 1) d'évaluer l'activité d'un Conseil Local de Santé Mentale relativement à sa définition et à ses objectifs,
- 2) de faire de ce temps d'évaluation un support pour penser l'action et l'engagement des acteurs,
- et 3) d'élaborer une démarche spécifique de production d'indicateurs pour une évaluation continue ou ultérieure.

## Evaluer le CLSM : Entre Attentes et Difficultés ...



- **Attentes** : « Réaliser une évaluation qualitative et prospective du CLSM de Grenoble »
- Un temps **dynamique**,
  - Une extériorité,
  - Pas d'évaluation couperet.
  - Une dimension **prospective** visant le potentiel
  - Proposant des préconisations.
- **Difficultés, complexité et freins**
- La nature même du CLSM : Comment évaluer un dispositif de concertation et de coopération ?
  - La diversité des cultures professionnelles et individuelles, des appartenances.
  - Une représentation négative de l'évaluation (subie, décalée avec la réalité).

6

## Evaluer le CLSM : La démarche Recherche - Action.



- **Proposition du GREPS** : Une démarche ouverte et qualitative
- Des critères adaptés au terrain
  - Des méthodes d'investigation croisées
  - Un ajustement aux attentes, aux besoins, aux demandes
  - L'extériorité et la participation des acteurs
- L'approche en termes de **Recherche Action**
- Méthode en spirale
    - Aller retour terrain / théorie ; acteurs / chercheurs
    - Flexibilité et adaptation de la démarche
  - Caractéristiques:
    - Co-construction chercheur / acteurs
    - Participation des acteurs aux différents niveaux
    - Production de connaissance
    - Modification de l'action
    - Appropriation par les acteurs

7

## 2. La méthode et les résultats de la recherche-action

### Méthode

La démarche de recherche-action s'est déroulée sur deux ans et s'est organisée autour de trois étapes :

**a. L'implémentation**, réalisée grâce aux échanges au sein de trois comités de portage du projet (comité de pilotage institutionnel ; comité porteur technique ; et comité de suivi participatif), qui ont permis de préciser le cahier des charges conventionnel, et d'établir un suivi participatif de la recherche.

**b. La définition de critères d'évaluation**, menée grâce une analyse de la littérature scientifique, et une démarche pluri-méthodologique (30 entretiens individuels, 40 observations de groupes de travail, 2 entretiens collectifs, 5000 documents analysés).

**c. Le recueil des éléments d'évaluation** à travers la diffusion en ligne d'un questionnaire reprenant les dimensions d'analyse issues de l'étude qualitative (attentes, perceptions, jugements, pratiques, relations), auquel ont répondu 46 acteurs représentant une variété de profils.

Axes et critères d'évaluation	Indicateurs
<b>Vision du CLSM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vision des objectifs, de la fonction</li> <li>✓ Identification de la structure/des acteurs</li> <li>✓ Adéquation aux attentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vision commune (passé, présent, futur)</li> <li>✓ Structure identifiable</li> <li>✓ Congruence desirs des participants/activités du réseau</li> </ul>
<b>Organisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Composition</li> <li>✓ Coordination</li> <li>✓ Représentativité</li> <li>✓ Thématiques et fonctions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Légitimité et reconnaissance</li> <li>✓ Structure et libre circulation</li> <li>✓ Identification des présents vs absents</li> <li>✓ Co-construction / stabilité / utilité</li> </ul>
<b>Fonctionnement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suivi de l'activité, des projets</li> <li>✓ Participation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Compte-rendus et objectifs actualisés</li> <li>✓ Stabilité/implication/variété des niveaux</li> </ul>
<b>Production</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réunions, documents, actions, diffusion</li> <li>✓ Interconnaissance, échanges d'expérience</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Communication interne et externe / valorisation</li> <li>✓ Confiance / équilibre / apports réciproques</li> </ul>
<b>Impacts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Liens entre professionnels</li> <li>✓ Empowerment</li> <li>✓ Relation aux usagers</li> <li>✓ Vision partagée</li> <li>✓ Exemplarité/valorisation des actions et des partenariats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombreux liens / partenariats structurés</li> <li>✓ Sentiment de capacité / d'efficacité</li> <li>✓ Ouverture / innovation</li> <li>✓ Identité forte / attachement</li> <li>✓ Marqueurs de l'activité / de l'évolution</li> </ul>
<b>Moyens</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identification des acteurs/institutions</li> <li>✓ Coordination</li> <li>✓ Participation</li> <li>✓ Potentiel/évolution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Annuaire actualisé / partagé / définition des fonctions</li> <li>✓ Représentativité / légitimité / spécificité</li> <li>✓ Perspectives / aspirations / actions</li> </ul>

## Résultats

Cette démarche a permis de mettre en évidence des critères et indicateurs adaptés pour évaluer de manière qualitative un dispositif partenarial mettant en réseau une pluralité d'acteurs. Le partage des constats, des attentes et des fonctions attribuées au dispositif constitue une dimension essentielle de l'effectivité, de l'impact et de la durabilité d'un réseau de ce type. La convergence vs la divergence sur les objectifs à atteindre et sur les moyens à déployer pour y parvenir marque les modalités de fonctionnement, d'organisation et de coordination du réseau, jusqu'à influencer sur le déroulement des réunions, les synthèses produites, la gestion des participations institutionnelles et individuelles.

Au-delà de constituer la première évaluation de ce type de dispositif, cette recherche a permis en premier lieu d'élaborer et d'expérimenter un processus de collaboration entre chercheurs, collectivité locale et acteurs de la santé dans un contexte urbain, conduisant à un éclairage scientifique des enjeux de la décision politique. Ensuite, cette démarche a conduit à mettre en évidence des critères et indicateurs psychosociaux pertinents pour évaluer de manière qualitative l'impact d'un dispositif partenarial mettant en réseau une pluralité d'acteurs tel qu'un Conseil Local de Santé Mentale. La perception du CLSM (vision partagée, identification, adéquation aux attentes-, son organisation (coordination, représentativité, fonctions), son fonctionnement (suivi, participation...), sa production (communication, valorisation, actions...), ses impacts (liens, empowerment, décloisonnement, partenariats...) et ses moyens sont autant d'axes d'évaluation pour lesquels des critères ont été proposés et appliqués. Loin d'une évaluation quantitative et standard, ces critères permettent de tenir compte des réalités locales, des dimensions subjectives et de la phase de développement du dispositif, pour proposer des préconisations et des pistes pour repenser l'action.

Enfin, la dynamique des processus induits par la mise en place d'une évaluation (résistances, conflits, alliances, etc...), les paradoxes soulevés entre participation et performance dans le cadre d'une politique publique axée sur un objet sensible, et les risques d'instrumentalisation de ce type d'instance constituent des observations sans doute transférables à d'autres contextes de ce type. L'apport de la psychologie sociale à l'analyse des politiques publiques, au niveau conceptuel, méthodologique et pratique, sera discuté à la lumière de cette expérience.

### 3. Les apports de l'évaluation

Il est à noter qu'avant même la production des résultats, le processus d'évaluation a permis une mise au travail de certains aspects du CLSM :

- Inter institutionnelle, entre la ville et CHAI, dès la formalisation de l'engagement réciproque représenté par la convention, puis au fur et à mesure du comité porteur de la Réacte.
- Pour tous, dès la phase d'observation, puis lors du comité de suivi de la Réacte.

Durant cette période un effort pédagogique de clarification et de dynamisation des instances (comité de pilotage, comité technique) a été fait:

- la représentation des groupes : nomination au sein de chaque groupe de travail du CLSM d'un représentant au comité technique.
- relevé de décision ou compte rendu, non exclusif du coordinateur mais tournant entre les membres des groupes.

Les résultats de cette évaluation étaient conformes à notre analyse de terrain mais il nous semble que c'est surtout la démarche d'évaluation en tant que telle qui a été l'équivalent d'une psychothérapie pour le CLSM, permettant à ce dernier un meilleur positionnement, des objectifs plus clairs et donc une dynamique plus réactive. le comité technique du CLSM s'est emparé des résultats, a choisi entre les préconisations faites par le GREPS, une évolution globale entre rationalisation et créativité.

Cela s'est concrétisé par:

- Une redéfinition collective du CLSM et de ses objectifs, validés en comité de pilotage
- la validation et mise en œuvre d'une représentation associative au sein du comité de pilotage et du comité technique du CLSM.
- la réalisation collective d'une plaquette de présentation du CLSM, afin d'améliorer la culture commune du CLSM, de ses valeurs et de son fonctionnement.
- Une première page du site extranet revisitée et un site en perspective.
- Une réflexion sur l'évolution des groupes (travail sur les objectifs, fusion des groupes de travail sortie d'hospitalisation et DDCS...)



**L'ensemble des illustrations présentées dans cette brochure (images, photo, diapositives...) provient des diaporamas présentés par les orateurs. Ces présentations sont accessibles et téléchargeables sur les sites web des organisateurs :**

- [www.espt.asso.fr](http://www.espt.asso.fr)

- [www.ccomssantementalelillefrance.org](http://www.ccomssantementalelillefrance.org)