

# Ville d'Amiens

## Conseil local de santé mentale

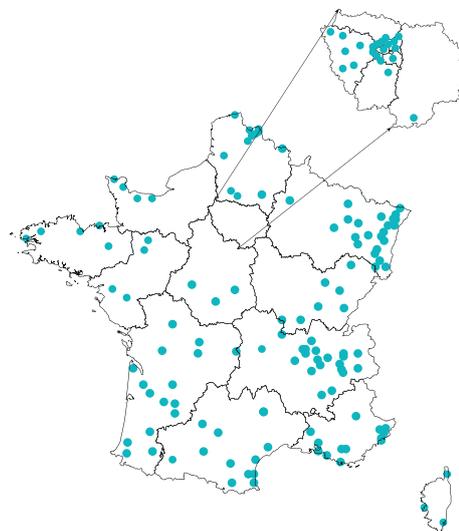
### DIAGNOSTIC PRÉALABLE

La ville d'Amiens a commandé à l'OR2S un diagnostic préalable à la création d'un conseil local de santé mentale (CLSM) à Amiens. Il s'agissait pour la ville d'avoir une approche des représentations, des besoins et attentes des différents acteurs concernés ainsi que de leur contribution au dispositif. Le niveau d'engagement et d'investissement de chacun est en effet un facteur clé de la construction et de la gouvernance du CLSM, tout comme de son fonctionnement.

La ville d'Amiens s'est de longue date engagée dans la santé publique, par la création d'une commission extra-municipale avec pour objectifs de se soucier de la santé de la population. Elle a intégré le réseau Villes santé de l'OMS en 1990, dont l'un des livrables a été la réalisation d'un tableau de bord de la santé des Amiénois puis la mise en œuvre d'un plan local de santé en 2003 et la ratification en 2006 de la charte des villes actives du programme national nutrition santé (PNNS). Cette même année, un premier atelier santé ville a vu le jour dans un des quartiers de la politique de la ville (Étouvie) autour du dépistage organisé du cancer du sein. Cette démarche a été développée par la suite dans les quartiers dits de contrats urbains de cohésion sociale (Cucs). En novembre 2015 a été signé le contrat local de santé (CLS). Cependant, la santé mentale ne figure pas au programme de ces différentes politiques publiques.

Contrairement à d'autres dispositifs, la constitution d'un CLSM n'est pas encadrée, pas plus qu'elle n'est impérative. Elle résulte de libre choix des partenaires et de leur volonté de travailler ensemble. Le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), situé à Lille, définit le CLSM comme une « plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée. » Cette plateforme, qui intègre obligatoirement les usagers, les habitants et les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, doit planifier des politiques locales en santé mentale. Le Centre collaborateur a cependant établi quelques recommandations pour la création d'un CLSM et a publié en 2015 un état des lieux des CLSM.

Les CLSM en France en 2018



Source : CCOMS - Exploitation OR2S

L'objet de ce diagnostic est donc de vérifier auprès des acteurs locaux concernés l'opportunité d'un conseil local de santé mentale. Il n'entend pas donner les clés de la construction d'un CLSM à Amiens. La démarche qualitative retenue permet de faire émerger et de dégager ce qui serait les premières réflexions à partager pour engager les travaux. Les contours d'un CLSM que dessinent les acteurs ayant participé à ce diagnostic ne présagent en rien des positions que pourraient prendre les institutions auxquelles ils appartiennent si jamais les travaux de fondation du CLSM devaient prendre forme.

#### Sommaire

Méthodologie du diagnostic	p. 2
Intérêt pour le CLSM	p. 2
Participation au CLSM	p. 7
Organisation concrète du CLSM	p. 8
Synthèse	p. 12



## Méthodologie du diagnostic

La démarche qualitative employée pour ce diagnostic préalable s'est focalisée sur une trentaine de structures présélectionnées concernées au premier rang par un conseil local de santé mentale. Sept structures n'ont cependant pas donné suite aux sollicitations de l'OR2S, non pas par refus explicitement exprimé de participer, mais certainement par manque de disponibilité des interlocuteurs. Cela concerne quatre bailleurs sociaux, le CHU, un CMP et une association tutélaire.

Les entretiens se sont déroulés sur une période allant du 1<sup>er</sup> février au 12 avril 2018. Il s'est agi le plus souvent d'entretiens individuels, quelques-uns se sont déroulés en présence de deux à quatre personnes, un entretien a pris place lors d'une réunion de service réunissant une quinzaine de personnes. À l'exception de ce dernier, parce que les conditions matérielles ne le permettaient pas, l'ensemble des entretiens a été enregistré.

La grille d'entretien explorait les différents aspects de la lettre de commande. Elle investiguait les bénéfices qu'apporterait un conseil local de santé mentale pour le territoire, dont le périmètre idéal était demandé, la population et les acteurs locaux, leurs besoins et attentes et essayait de mesurer leur investissement potentiel. Elle s'attachait aussi à définir le partenariat constitutif du CLSM et les partenaires qui pourraient y être associés, au-delà des acteurs rencontrés. Enfin, elle approchait la gouvernance, l'animation du dispositif ainsi que les thématiques de travail et les ressources qui devraient lui être dédiées.

À toutes fins d'analyse, les acteurs rencontrés ont été regroupés par proximité de compétence avec la santé mentale et la psychiatrie. Quatre groupes ont ainsi pu être formés : institutions de santé mentale et psychiatrie, professionnels du soin ou du social, partenaires hors du champ de la santé mentale, et associations de patients, d'usagers et de familles.

Mais si les groupes n'est pas homogène, ils permettent sur certains points de prendre en compte des positions différentes même si, globalement, un fort consensus se dégage des réponses apportées.

### 1. Intérêt pour le CLSM

La question de l'intérêt de la mise en place d'un conseil local de santé mentale (CLSM) à Amiens ne se pose pas pour l'ensemble des acteurs rencontrés, tant existe une forte volonté sur le terrain pour mettre en place ce conseil, et pour certains d'entre eux, comme les institutions de santé mentale et psychiatrie ou les associations de patients, d'usagers et de familles, depuis fort longtemps. Plusieurs propositions auraient été faites en ce sens auprès de la ville par les associations.

Seul un organisme de professionnels de soins met l'accent sur la nécessité d'évaluer *ex ante* les besoins du territoire avant la mise en place du CLSM.

Pour les autres, l'utilité du CLSM se justifie sur plusieurs plans.

Les institutions de santé mentale et psychiatrie le désignent comme un outil pertinent à l'échelle locale, mais devant être avant tout concret. Les professionnels du soin comme sociaux rejoignent ce constat et font de la santé mentale une priorité locale. Selon un professionnel

du soin, le secteur cumule de nombreux indicateurs défavorables en santé mentale (anxiété, taux de suicide...), imbriqués avec des problèmes psychosociaux importants, liés notamment, selon lui, à la situation du marché du travail et aux addictions. Le CLSM pourrait ainsi réfléchir à une politique générale en la matière, avec des objectifs atteignables et mesurables.

Les partenaires (institutions publiques, bailleurs sociaux et sécurité publique) sont également dans leur ensemble fortement intéressés par la mise en place du CLSM. Ils le jugent nécessaire et s'incluent, selon les uns ou les autres, dans sa gouvernance ou dans son fonctionnement. Même s'ils ont conscience que le CLSM ne pourra pas tout résoudre, le dispositif devrait répondre d'après leur propos à leurs besoins dans le champ de la santé mentale.

Les objectifs du CLSM tels que dessinés par les acteurs rencontrés sont pluriels. Cependant, il existe un consensus fort sur plusieurs d'entre eux. Le débat est plutôt ouvert sur la coordination du CLSM, son fonctionnement et les thématiques débattues.

#### 1. 1 Définir les périmètres d'action

L'un des premiers enjeux de la mise en place du CLSM est la définition de ses périmètres d'action, tant sur le contenu du CLSM que sur son étendue géographique.

Certains professionnels de santé et les partenaires hors de la santé mentale se questionnent en effet sur la définition des pathologies à inclure : quelle est la définition des « troubles mentaux » ? Quid des addictions ?, par exemple, ou encore, quelles seraient les relations à établir entre le bien-être, la santé mentale et la psychiatrie ?

Les institutions de santé mentale et psychiatrie rencontrées ont rappelé ce travail de définition lors des entretiens. Selon l'OMS, cité par quelques-uns de ces acteurs, la santé mentale est « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. »

#### Définir collégalement avec les acteurs fondateurs le périmètre qui devra être celui du CLSM

La santé mentale va au-delà de la psychiatrie ; elle dépend de facteurs somatiques, sociaux... disent-elles et ne nécessite pas nécessairement l'intervention d'un psychiatre. Elle comprend les notions de bien-être, de développement personnel, de conditions de vie correctes par rapport à des besoins personnels, de liens sociaux... La psychiatrie traite, quant à elle, les symptômes et les maladies mentales (pathologies). Elle ne s'adresse qu'à des phases de la vie des personnes qui rencontrent des difficultés particulières.

Les troubles du spectre de l'autisme apparaissent pour les acteurs qui les mentionnent - institutions de santé mentale et psychiatrie - comme devant être inclus dans le périmètre du CLSM et les partenaires dont c'est la compétence y être associés, pour autant que ces troubles ressortent de la santé mentale et moins d'une approche psychiatrique. Une institution de santé mentale et psychiatrie ainsi qu'une association en santé mentale évoquent également

la confusion entre handicap psychique et handicap mental, précisant que le handicap psychique n'est pas visible et entraîne donc des incompréhensions dans la population qu'il faudrait lever. D'autant que la personne en situation de handicap psychique peut être stabilisée mais connaître des rechutes. L'association en santé mentale rappelle par ailleurs que le statut de handicap pour les maladies psychiques n'est reconnu que depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ainsi, pour les institutions de santé mentale et psychiatrie, mais aussi parmi les autres structures rencontrées, il est important que dans le cadre du CLSM l'ensemble de ces notions ainsi que le rôle et la place de chacun, soient travaillés, de manière à partager dès le début un langage commun. Les institutions de santé mentale et psychiatrie insistent sur le fait que, pour que le CLSM soit efficace, son champ de compétence et ses limites doivent être définies et intégrées par tous.

Un autre périmètre à définir est celui de la population prise en considération par le CLSM. Cela est important car la configuration prise peut avoir une incidence sur la constitution même du CLSM et sur les partenaires associés.

Ainsi, il y a lieu de faire le distinguo entre la santé mentale des adultes, en dissociant les personnes vieillissantes, et la santé mentale des enfants et adolescents. Selon la direction que prendrait le CLSM, certains acteurs se sentiraient alors plus ou moins concernés et partie prenante. Ainsi, des acteurs comme la PMI, l'Éducation nationale ou la pédo-psychiatrie s'interrogent sur leur place et fonctions dans un CLSM qui ne traiterait que de la santé mentale des adultes. *A contrario*, les bailleurs sociaux ne s'imaginent pas dans un CLSM centré sur la santé mentale des jeunes. Certains acteurs considèrent que les deux champs sont légitimes au sein d'un CLSM et peut-être faudrait-il créer deux collèges sur la base populationnelle.

Le dernier périmètre à être investigué par les fondateurs du CLSM est celui de l'aire géographique pertinente. Le débat porte entre la ville d'Amiens *stricto sensu*, objet du diagnostic, et la métropole amiénoise. En tout état de cause, ce débat ne se pose pas puisque la santé n'a pas été déléguée à la métropole par les communes la constituant.

*De facto*, le périmètre du CLSM ne peut légitimement être aujourd'hui que celui de la ville. Cependant, dans leur majorité, les acteurs rencontrés ont défini l'aire métropolitaine comme le périmètre géographique idoine pour le CLSM (quatorze des vingt-trois structures interrogées).

## Amiens métropole serait à terme le périmètre géographique idéal pour le conseil local de santé mentale

L'analyse montre toutefois que cette demande, si elle est présente dans tous les groupes d'acteurs, est très consensuelle pour les partenaires hors du champ de la santé mentale : huit sur neuf sont favorables à la métropole pour le CLSM ; quant à la neuvième structure, elle souhaiterait l'extension du CLSM d'Amiens à l'ensemble du département, nonobstant l'existence d'un CLSM à Abbeville. Cette extension prend racine dans l'aire d'attractivité du centre hospitalier Philippe Pinel et la compétence départementale de certaines institutions comme les services de l'État, le conseil départemental, voire le conseil territorial de sante Somme.

Dans les autres groupes d'acteurs, le choix ville vs métropole est plutôt équilibré. Cinq structures placent le CLSM sur la ville d'Amiens *intra-muros* (dont quatre sont des institutions de santé mentale et psychiatrie). L'une d'entre elles pense que l'infra-communal et les micro-espaces sont plus efficaces et pertinents pour mettre en place des actions thématiques. Mais cela ne doit pas empêcher d'aller chercher des partenaires experts extérieurs à la zone ; se focaliser sur la ville ne veut pas dire travailler en vase clos.

Un autre acteur estime qu'Amiens a une population suffisante pour un CLSM *intra-muros*, d'autant qu'elle est dotée d'un contrat de ville avec des quartiers prioritaires. Une institution de santé mentale et psychiatrie partage cette opinion en expliquant que le CLSM doit s'inscrire dans un territoire vécu par la population : celle-ci ne se déplacera pas sur une zone trop vaste ou artificielle où le maillage de transports en commun serait insuffisant (50 km et plus). Par ailleurs, comme une autre institution de santé mentale et psychiatrie l'indique, si le CLSM débute sur un vaste territoire, il peut très vite « se perdre ». Il est préférable de commencer sous forme de « laboratoire d'idées » permettant de poser sur une zone l'ensemble des réflexions et actions à mener. Ce que relaie une institution

### Acteurs G1 - Institutions de psychiatrie

Amiens métropole pour 4 des 9 structures  
Ville d'Amiens pour 4 des 9 structures  
Un petit territoire (sans précision) pour 1 structure

### Acteurs G2 - Professionnels

(soins, psychiatrie et social)  
Amiens métropole pour 1 des 3 structures  
Ville d'Amiens + ruralité pour 1 des 3 structures  
Ville d'Amiens pour 1 des 3 structures

Périmètre géographique

### Acteurs G4 - Patients, usagers, familles

Amiens métropole pour 1 des 2 structures  
Ville d'Amiens + ruralité pour 1 des 2 structures

### Acteurs G3 - Partenaires

Amiens métropole pour 8 des 9 structures  
Département pour 1 des 9 structures



de santé mentale et psychiatrie qui indique cependant que la ville d'Amiens devrait dans un premier temps être le périmètre du CLSM, mais que l'idéal serait toutefois Amiens métropole (nombreuses interactions entre Amiens et les communes alentour). Ce qui suppose que les différentes communes de la communauté d'agglomération doivent accepter d'entrer dans un tel dispositif et en comprendre l'intérêt...

Deux acteurs, une association de patients, usagers et familles et un professionnel du social, souhaiteraient inclure à la ville d'Amiens quelques zones rurales avoisinantes. Ils rappellent que la santé mentale ne concerne pas que la ville et que les populations rurales sont également touchées, avec de plus des problèmes de mobilité et de financement.

### 1.2 Dresser un état des lieux

Deux professionnels du social et des soins, une association de patients, usagers et familles et un partenaire hors santé mentale demandent que le CLSM réalise ou fasse réaliser dans le cadre du CLSM un état des lieux de la santé mentale sur Amiens. Cela permettrait de connaître l'offre de soins existante en santé mentale et psychiatrie, les affections dont souffrent les personnes, les besoins de prise en charge du territoire. Avec un tel diagnostic constitué de données concrètes, ces acteurs pensent pouvoir détecter les problématiques sur lesquelles pourraient travailler les différents partenaires impliqués avec un déploiement des moyens nécessaires dans le cadre d'une politique publique de proximité. En regroupant les informations, les connaissances et les constats, les acteurs impliqués dans le CLSM pourraient réfléchir à des solutions concrètes et adaptées.

### 1.3 Faire réseau

Selon les acteurs rencontrés, le principal objectif du CLSM réside dans la mise en réseau et la meilleure connaissance mutuelle des acteurs entre eux. C'est un consensus fort partagé par tous les acteurs rencontrés et serait la première raison d'être d'un CLSM. Encore faut-il, comme le souligne une institution de santé mentale et psychiatrie, que ce réseau soit animé.

Deux institutions de santé mentale et psychiatrie définissent le CLSM comme un dispositif de plateforme, impulsé par la ville. Il s'agit ainsi de promouvoir un travail partagé, en concertation et coordonné.

Quelles que soient les personnes interviewées, faire se rencontrer les différents partenaires et institutions est essentiel à leurs yeux. Les acteurs doivent pouvoir échanger, partager leurs expériences, leurs difficultés comme les bonnes pratiques.

Bien se connaître est un élément clé pour un bon fonctionnement du CLSM : savoir qui fait quoi pour s'appuyer dessus, apporter des visions différentes d'un même problème, réunir le sanitaire, le social et le médico-social pour trouver des solutions satisfaisantes pour tous, sont des bénéfices concrets du CLSM attendus par les acteurs.

De même, toutes les structures rencontrées mettent en avant le rôle de coordination pour les différentes actions et instances par le CLSM, afin d'éviter notamment les doublons et toute perte de temps. Le CLSM devrait ainsi permettre d'articuler l'offre disponible et mettre en avant les complémentarités.

De ce fait, le CLSM aura un rôle d'aide à une plus grande formalisation de relations déjà existantes – des conventions existent déjà entre les institutions de santé mentale et psychiatrie et des partenaires - ou d'encadrement de relations nouvelles, comme le souhaitent différentes institutions de santé mentale psychiatrie et partenaires. Cette règle légitimera par ailleurs le CLSM et devrait permettre le développement de partenariats.

Le réseau aidera à faire connaître la démarche du CLSM et les actions qu'il mettra en place. Différents partenaires voient en effet dans le CLSM la possibilité de mieux connaître les ressources et actions de chacun pour mutualiser et aboutir sur des actions communes de plus grande envergure, et pourquoi pas innovantes. Ainsi, le CLSM pourrait aider à optimiser les accompagnements et les dépenses et œuvrer à harmoniser des pratiques, ce qui a été citée par une institution de santé mentale et psychiatrie et un partenaire hors santé mentale.

Le groupe d'acteurs du soin et sociaux espère fortement que le CLSM leur permettra d'identifier des personnes ressources ou référentes à contacter en cas de besoin pour trouver des solutions à des situations qu'ils ont parfois du mal à résoudre actuellement, notamment en médecine générale.

### **Le CLSM doit constituer un réseau d'acteurs pour assurer sur le terrain une veille efficace**

Pour cela, les partenaires devront avoir de bonnes relations. Une institution de santé mentale et psychiatrie rappelle qu'un acteur ne doit pas se substituer à un autre et que chacun doit se faire confiance. Un professionnel du social prône le respect mutuel et l'éradication des « guerres de chapelles ».

Enfin, une association de patients, usagers et familles souhaite que le CLSM puisse réguler les relations entre la psychiatrie publique et privée. Elle déplore que le départ de nombreux psychiatres de l'hôpital pour s'installer en médecine de ville ou pour rejoindre des cliniques, soit un obstacle à l'hospitalisation et qui demande régulation.

La constitution des acteurs en réseau grâce au CLSM permettrait aussi une meilleure orientation des personnes souffrant de troubles de santé mentale, comme le soulignent trois institutions de santé mentale et psychiatrie, un professionnel du social, trois partenaires hors santé mentale et une association de patients, usagers et familles. Il s'agit ainsi de trouver les interlocuteurs aptes à comprendre les préoccupations des acteurs de terrain et à résoudre les problèmes posés, notamment sur l'orientation des personnes vers les institutions, services ou professionnels adéquats.

Cela permettrait également à chaque usager d'avoir un interlocuteur adapté à ses besoins. Selon une institution de santé mentale et psychiatrie, le fait d'être plus à l'écoute des personnes, de mieux les accompagner et de les entourer permettra de diminuer les rechutes, les crises et les agitations en ville. Pour un autre professionnel d'une institution de santé mentale et psychiatrie, rencontrer les partenaires permettrait



aussi de pouvoir réorienter vers une aide non médicalisée en psychiatrie des personnes dont les situations sont à la frontière de la psychiatrie et du social. Le CLSM, par son travail de réseau et de veille, pourrait permettre aussi l'accès à des structures ou à des stratégies aidantes voire innovantes.

## 1.4 Améliorer les parcours de soins

L'amélioration du parcours de soins et de la prise en charge des personnes est un objectif primordial du CLSM. Cité par la quasi totalité des structures rencontrées (seize sur vingt-trois), et notamment par toutes les institutions de santé mentale et psychiatrie et les associations de patients, usagers et familles, il motive la création même du CLSM. La stabilisation des patients, le maintien à domicile pour éviter les hospitalisations, la lutte contre les ruptures de soins, passent par la facilitation des parcours de soins. Pour les acteurs, cela dépend essentiellement des passerelles construites entre les structures de soins, de prévention et les dispositifs existants mais aussi des relations tissées entre les partenaires. Et renvoie pour eux à la notion d'un réseau efficace et réactif.

Pour une institution de santé mentale et psychiatrie, l'objectif du CLSM serait de détecter le maximum de sujets présentant des troubles psychiatriques afin qu'ils puissent accéder au système de soins. Il permettrait l'organisation de filières de soins et la complémentarité entre les structures. Il s'agit pour cet acteur de santé mentale et psychiatrie d'améliorer l'accès aux soins et de le rendre plus lisible.

Trois partenaires, dont deux bailleurs sociaux et une institution de santé mentale et psychiatrie, souhaitent aussi que le CLSM soit un espace où les acteurs locaux puissent signaler des situations plus ou moins complexes, présentant par exemple plusieurs problèmes psychiatriques et médico-sociaux, et qu'une solution soit apportée à chacune d'entre elles. Pour un professionnel du soin, le CLSM pourrait alors agir comme une plateforme territoriale d'appui (PTA) en santé mentale.

Pour les bailleurs sociaux, il s'agit d'alerter le CLSM sur des situations critiques afin de décider d'une action ou d'une orientation à mener vers le service idoine. Le CLSM serait un outil de recensement des signalements pour lesquels il n'y aurait pas de solution avec des partenaires qui ne sont pas des professionnels de santé. Il aiderait au diagnostic précis pour apporter la meilleure solution et l'orientation adaptée. Les bailleurs sont en effet demandeurs de conseils et d'interventions de professionnels en santé mentale et psychiatrie face à des locataires qui relèvent parfois à leurs yeux de problèmes de santé mentale.

**Le CLSM est-il un outil pour le soin ou un outil complémentaire de l'approche soignante ?  
Des acteurs posent la question...**

Pour d'autres, la justice ne s'occuperait pas suffisamment, voire pas du tout, du suivi psychiatrique des personnes et les acteurs de terrain sont parfois démunis face à certains comportements. Il leur serait ainsi intéressant de pouvoir débattre ensemble de ce type de situation pour trouver des solutions pérennes, ne serait-ce que pour proposer un suivi et un relais d'information entre les acteurs impliqués. Ces cas pourraient être évoqués en comité plus ou moins restreint du CLSM. Comme beaucoup d'acteurs rencontrés, l'attente envers le CLSM est le traitement concret de cas particuliers, et beaucoup moins des discussions théoriques.

À l'inverse deux institutions hors santé mentale ne voudraient pas que le CLSM suive cette direction. Pour elles, le dispositif n'a pas d'objectif de soins et n'est pas une instance faite pour porter des diagnostics. Le CLSM donne un cadre et impulse des dynamiques ou des actions, mais ne saurait être une instance d'examen de situations.



### 1.5 Démystifier la santé mentale pour faciliter l'inclusion universelle

Inclure dans la société les personnes atteintes de troubles mentaux ou psychiques serait une prérogative du CLSM qui ressort dans le discours de sept acteurs rencontrés : trois institutions de santé mentale et psychiatrie, un professionnel du soin, un bailleur social et deux associations de patients, d'usagers et de familles. L'inclusion universelle passe par un travail en profondeur pour changer les mentalités, à la fois du grand public et des élus locaux, voire de certains partenaires et professionnels.

Pour que l'inclusion des personnes souffrant de troubles puisse se faire, il faut démystifier la santé mentale, la psychiatrie et les établissements psychiatriques. C'est ce que préconisent à la fois trois institutions de santé mentale et psychiatrie, un professionnel du social, un bailleur social et deux associations de patients, d'usagers et de familles.

Si les établissements psychiatriques, par exemple, renvoient une image assez négative à la population du territoire, c'est, comme le rapporte un acteur de santé mentale et psychiatrie, par méconnaissance, tout comme pour le handicap psychique qui est particulièrement stigmatisé, ainsi que le rappellent une association de patients, usagers et familles et une institution de santé mentale et psychiatrie. Le CLSM aurait alors pour mandat de faire évoluer le regard sur la maladie mentale, la psychiatrie et les établissements psychiatriques en développant une image plus positive, non chargée d'angoisses et de préjugés.

#### Favoriser l'accès au logement devrait être la priorité du CLSM dans une vision d'inclusion des personnes dans la société

Des actions de sensibilisation à ce sujet, évoquées par un professionnel du social, pourraient commencer dès le jeune âge *via* des séances banalisant l'information sur la santé mentale et d'éducation à la santé, à la citoyenneté. Elles pourraient s'étendre aux acteurs du territoire, selon un bailleur social, et prendre la forme de discussions pour démystifier notamment le handicap psychique, selon une institution de santé mentale et psychiatrie. Un autre acteur de la santé mentale et psychiatrie parle ainsi d'organiser des conférences publiques ou des journées à thème à l'instar des *Mardis de la santé* de la ville d'Amiens, qui pourraient notamment prendre place dans la semaine d'information sur la santé mentale en mars.

Deux institutions en santé mentale et psychiatrie placent le logement comme l'un des critères primordial pour une inclusion des personnes dans la société. Selon elles, les politiques doivent accueillir ces personnes dans la cité, notamment en facilitant par les bailleurs sociaux l'habitat inclusif, tout en garantissant le bon ordre. Des conventions entre bailleurs sociaux et associations pour ce type d'habitat sont possibles et existent déjà. La mixité des locataires peut être un atout pour tous, permettant aux personnes de ne pas se sentir stigmatisées.

Mais pour être universelle, l'inclusion doit se faire dans tous les domaines : logement mais aussi travail, soins, culture, sport... Un professionnel du soin juge qu'il est indispensable d'avoir une politique multisectorielle transversale (santé, sport, transports...) car tous les aspects de la vie d'une personne influent sur sa santé mentale. Une association de patients,

usagers et familles regrette par exemple les difficultés d'accessibilité dans les théâtres des personnes en situation de handicap psychique avec troubles prononcés. Bien souvent les personnes atteintes de troubles sont mal reçues, gênent, et il est fréquent qu'on leur demande de sortir de la salle. Les familles sont aussi impactées et le repli sur soi est courant.

### 1.6 Informer, former et communiquer

Le CLSM est vu par certains acteurs comme une porte d'entrée à la diffusion d'informations portant sur la santé mentale auprès des professionnels. Il s'agit d'un partage d'informations dans l'intérêt des usagers et des professionnels, et pour faire connaître la maladie mentale sur le territoire.

#### Réaliser des formations interdisciplinaires et interprofessionnelles

Le CLSM doit permettre de faire du lien entre les professionnels et d'informer sur l'existence de structures et sur les possibilités de prise en charge qui ne sont pas toujours bien connues. Pour ce faire, il leur serait utile que soient publiées des plaquettes d'information ou autres annuaires des services et personnes, à leur destination et à celles des usagers. Ces documents pourraient indiquer les modalités d'accueil et d'orientation vers les différentes structures adaptées. Les acteurs de terrain pourraient ainsi disposer de réponses concrètes sur les dispositifs existants et sur les façons de procéder. Pour un bailleur social, cette information n'est pas aujourd'hui structurée, même si la ville d'Amiens a déjà publié un annuaire de ce type.

Les bailleurs sociaux dans leur ensemble, mais aussi une institution publique hors santé mentale, une institution de santé mentale et psychiatrie et un professionnel du soin souhaitent que soit défini au sein du CLSM des formations et des procédures types ou référentiels qu'ils pourraient suivre pour avoir des comportements adaptés face à certains types de situation. Les acteurs de terrain auraient ainsi des démarches définies leur permettant de gagner en efficacité et en rapidité de la prise en charge.

Des formations pour les professionnels qui interviennent sur le terrain pourraient être proposées grâce aux partenaires du CLSM. Comme pour le guide, elles porteraient sur la façon de se comporter, expliqueraient les pathologies, les comportements qui doivent alerter... Une institution de santé mentale et psychiatrie préconise des formations croisées, interdisciplinaires et interprofessionnelles afin de créer un langage commun pour définir ensemble des concepts, qui peuvent être différents entre les acteurs du sanitaire, du social, du socio-éducatif et du médico-social. Il reviendrait au CLSM de faciliter ces formations croisées, si ce n'est de les porter.

### 1.7 Développer de nouvelles approches

Les associations de patients, usagers et familles rencontrées souhaitent également le développement de nouvelles approches que pourrait valoriser le CLSM. L'une

propose une prise en charge non médicamenteuse, basée sur des techniques d'accompagnement liées au bien-être : massage, soins, sophrologie... L'autre évoque la mise en place d'une cellule d'urgence psychiatrique, pilotée par un infirmier psychiatrique, qui irait évaluer dans les familles si une situation nécessite ou non une hospitalisation. Cela pourrait éviter certaines hospitalisations et rassurerait à la fois le malade et sa famille. Cette cellule, dit-elle, pourrait être utile à la police, aux bailleurs sociaux, aux comités de quartier...

## 2 Participation des partenaires au CLSM

Tous les acteurs ayant participé à ce diagnostic préalable s'accordent sur la nécessité de la mise en place d'un conseil local de santé mentale à Amiens, et tous s'accordent sur la nécessité d'y participer, même si le degré de participation est différent selon la nature des structures.

On peut décrire la participation au CLSM selon une succession de cercles concentriques, où le centre serait le noyau dur des partenaires à forte implication dans le CLSM, puis s'éloignant du centre, les partenaires associés au dispositif. Acteurs nécessairement à part dans le dispositif, la ville et l'ARS se décrivent et sont décrites comme les partenaires indispensables à la formation du conseil local, à sa création comme à sa gouvernance. Mais la psychiatrie publique et les patients sont vus aussi comme devant nécessairement participer au cœur du dispositif. Pour tous, ils en formeraient le noyau dur.

### 2.1 Le noyau dur du CLSM

Pour tous, la ville doit être à l'initiative de la constitution du CLSM. Tous les institutions rencontrées lui savent d'ailleurs gré d'en avoir engagé les travaux sur l'opportunité d'un CLSM, fut-ce par un diagnostic préalable ; certains réclamant d'ailleurs un conseil local depuis de nombreuses années.

L'agence régionale de santé, s'appuyant sur l'instruction ministérielle de septembre 2016 ainsi que sur la loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016), se dit très favorable à un CLSM amiénois et souhaite y être pleinement associée. Elle met en exergue la bonne synergie entretenue avec la ville, notamment dans le cadre du contrat local de santé (CLS), lui-même faisant suite au plan local de santé mis en œuvre au début des années deux mille.

L'ARS dispose en son sein d'un référent thématique régional santé mentale, prêt à appuyer la démarche. L'ARS a deux rôles distincts à jouer dans le CLS : son financement et la participation aux activités. D'une manière générale, les autres acteurs rencontrés n'évoquent pour l'agence que son rôle de financeur, ce qui n'exclut évidemment pas l'autre. L'ARS rappelle cependant que son implication dans le CLSM est variable selon les territoires et les initiatives qui y sont prises, allant de l'appui jusqu'à la participation à des groupes de travail. L'agence fait du reste le distinguo entre différentes instances que le CLSM pourrait mettre en place : comité de pilotage, groupe projet, groupes de travail, ce qui implique une représentation différente de

l'institution selon le type de décisions ou de position à prendre. La psychiatrie publique, symbolisée à la fois par le centre hospitalier Philippe Pinel – comme institution - et les secteurs de psychiatrie *via* les CMP – comme acteurs opérationnels – est aussi pleinement légitimée dans ce noyau dur, par elle-même comme par les autres acteurs ; même si la santé mentale est un concept englobant la psychiatrie, outil du soin. Les patients, par le biais du Groupe d'entraide mutuelle (GEM) seraient la troisième partie constitutive du noyau dur. L'expression des patients, leur expertise, leur capacité à faire entendre leurs opinions et points de vue sont considérées par eux mêmes et par les institutions de santé mentale et psychiatrie comme devant pleinement participer à la constitution du CLSM et être dans l'organisation même du dispositif. Ne pas concentrer les décisions uniquement entre les mains des professionnels et experts, tel est l'argument d'un professionnel hors de la santé mentale.

### 2.2 La place des autres partenaires rencontrés

Pour la plupart d'entre elles, les institutions rencontrées lors du diagnostic préalable se voient elles-mêmes et sont vues par les autres comme devant contribuer à l'organisation du CLSM et à son fonctionnement. Elles imaginent avoir un rôle soutenu dans la constitution du CLSM et entendent participer pleinement à l'ensemble des travaux, que ce soit en une formation plénière du CLSM ou sous la forme de commissions ou de groupes de travail. Dans ce cas, leur participation serait liée à la thématique des groupes de travail. Elles ne se voient guère dans l'instance de pilotage, mais ce point sera à reconsidérer lors de la fondation du CLSM avec des prises de position peut-être plus institutionnelles.

### Le temps est un frein important à l'investissement des partenaires dans le CLSM

Les structures les plus citées comme partenaire du CLSM sont le centre hospitalier Philippe Pinel (18 mentions, incluant les CMP), le conseil départemental (15 mentions, incluant la PMI, l'ASE, l'Espace des droits de l'enfance...), l'ARS, les bailleurs sociaux et la ville d'Amiens (11 mentions chacun), les associations de patients, la médecine de ville et l'Éducation nationale (10 mentions), la justice (9 mentions) et enfin la police et les structures de soins (8 mentions). Les autres partenaires sont cités de une à quelques fois. Cette liste ne reflète évidemment pas un quelconque classement des structures et organismes devant prioritairement faire partie du CLSM, ni de leur proximité avec les instances de gouvernance. Elle pointe simplement ceux qui sont spontanément les plus cités comme devant être dans le CLSM du point de vue des partenaires interrogés.

Les freins à leur participation seraient de manière évidente pour tous le temps disponible et le nombre de personnes à impliquer par institution, dans une période de contrainte budgétaire importante et de réduction de postes de travail. L'autre frein clairement identifié serait que le CLSM n'aborderait qu'un champ d'activité et qui ne rejoindrait pas les compétences de certains acteurs comme la santé mentale des adultes vs la santé mentale des enfants, d'une part, ou

les maladies mentales vs les maladies psychiatriques, d'autre part. Ou encore la place de l'autisme dans le périmètre du CLSM.

De toutes les institutions rencontrées, la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM), le commissariat de sécurité publique et un bailleur social expriment le souhait de ne pas être membres du conseil local de santé mentale. La F2RSM considère en effet qu'il n'est pas de sa vocation de participer à un CLSM, ici comme ailleurs. Elle se situe plus comme une expertise à mobiliser ponctuellement, en fonction des besoins exprimés par les membres du CLSM, notamment en tant que dispositif d'observation en santé mentale, pour fournir des données de cadrage ou mettre contractuellement à disposition sa méthodologie de diagnostic. Elle imagine davantage son action, si elle existait auprès d'une coordination régionale des CLSM.

De la même manière, le commissariat de sécurité publique et un bailleur social évoquent un rôle davantage consultatif qu'actif au sein du dispositif. Ils apporteraient ponctuellement et sur demande leur expertise et leur regard de leur champ de compétence.

À l'inverse, le conseil départemental n'a pas de compétence dévolue en santé mentale, mais certaines d'entre elles comme la PMI, l'Ase ou encore la gestion du RSA recoupent des problématiques de santé mentale qui justifieraient son implication pleine et entière dans le CLSM.

### 2.3 D'autres partenaires à associer

Cependant, la liste des partenaires potentiels du CLSM ne s'arrête pas, loin s'en faut, aux seules institutions rencontrées dans le cadre de ce diagnostic. Tous les interlocuteurs ont cité d'autres structures, institutionnelles comme associatives, pouvant être amenées à participer aux travaux CLSM.

Ainsi, ce sont quelque cent partenaires qui sont évoqués. La quantité réelle de ces partenaires importe moins ici que leur diversité : tous les secteurs d'activité sont vus comme étant concernés par le CLSM, à l'exception peut-être du secteur économique comme les entreprises, mais Cap-Emploi et Pôle emploi font néanmoins partie de cette liste. Le secteur associatif est présent dans sa diversité : associations d'usagers, de patients, d'insertion, médico-sociales... mais aussi sportives, culturelles, faisant montre d'une dynamique d'inclusion universelle. La liste, certainement non exhaustive, fait aussi état des conventions signées entre la psychiatrie publique et les autres institutions ou associations ; d'autres partenaires valorisent des relations de même type qui pourraient être mises à profit pour le CLSM.

Enfin, il y a consensus sur un point : tous ceux qui le souhaitent pourraient, voire, devraient faire partie du CLSM, ou, posé en d'autres termes, il n'y aurait pas d'organismes à exclure de facto du CLSM. Si la police est jugée par une institution de santé mentale et psychiatrie de deuxième ligne non prioritaire par les partenaires, et si la participation d'associations culturelles est à regarder finement pour un autre partenaire, pour tous les autres il n'y a pas d'objection à laisser ouvert le CLSM à qui veut y apporter sa collaboration et venir y chercher des informations. La limite serait tout de même de mettre en adéquation le fonctionnement du CLSM et un nombre pléthorique de participants.

Le partenariat, c'est aussi l'inscription du CLSM dans les dispositifs déjà existant. Ainsi, pour l'ARS, le CLSM doit

s'inscrire dans le cadre du contrat local de santé de deuxième génération si jamais il devait en exister un à Amiens ; tout comme il devrait aussi être en lien avec le conseil territorial de santé (CTS) Somme et sa commission spécialisée santé mentale, notamment pour informer le CTS de son activité. Il devrait aussi pour l'agence, rejoindre les priorités en matière de santé mentale du projet régional de santé (PRS).

Pour la direction départementale de la cohésion sociale de la Somme, un partenariat devrait être établi entre le CLSM et le Groupe santé social. Ce groupe, réunissant un nombre important d'acteurs au rang desquels le centre hospitalier Philippe Pinel, n'a pas spécialement de compétence santé mentale, mais le CLSM d'Abbeville est conçu comme étant le groupe spécialisé en santé mentale du Groupe santé social.

## 3. Organisation concrète du CLSM

### 3.1 L'organisation

L'organisation concrète du CLSM et la rédaction de sa feuille de route sont des préoccupations des organismes rencontrés. Si la demande de participer au CLSM est patente pour les uns comme pour les autres, son implantation concrète en reste la pierre angulaire.

Trois acteurs font des liens entre le CLSM et d'autres dispositifs comme le CLSPD, les Maïa ou encore l'observatoire de l'enfance du conseil départemental, évoquant des organisation et fonctionnement dont pourrait se nourrir le conseil local.

Les acteurs rencontrés s'accordent à penser que le CLSM doit reposer sur un socle pérenne, porté par la ville. Ils s'accordent aussi pour dire que le CLSM doit être une œuvre commune et que, par exemple, la ou les réunions constitutives devraient déjà en organiser la gouvernance avant toute chose ; mais les avis divergent quelque peu sur son animation et sa structuration.

La plupart des acteurs fait la distinction entre un comité de pilotage, organe essentiellement politique, et des groupes de travail ou commissions thématiques. Leur participation est variable selon l'intérêt porté à ces instances et la place qu'ils s'y voient jouer.

On peut décrire la participation des acteurs selon la distribution suivant trois groupes, en occultant une assemblée plénière constituée de fait par l'ensemble des parties prenantes : comité de pilotage, groupes de travail thématique et appui ponctuel. La majorité des acteurs souhaite participer à des groupes de travail ou commissions thématiques.

La question n'est pas ici de définir qui intégrera le comité de pilotage ; cela restera de l'entière compétence des acteurs fondateurs qui se mobiliseront *in fine* pour la création du dispositif. Néanmoins, le diagnostic préalable montre que le comité de pilotage rassemblerait peu ou prou les acteurs du « noyau dur » du CLSM : la ville comme porteur du dispositif, l'ARS comme garante de la politique publique en santé mentale, la psychiatrie publique *via* le centre hospitalier Philippe Pinel, les usagers et leurs représentants. Le Gem et l'Udaf ont clairement exprimé leur volonté d'être inclus dans le comité de pilotage – ou

« bureau » du CLSM, ce que n'ont pas fait aussi clairement d'autres structures ; une grande partie d'entre elles interviewées ont positionné la ville, l'ARS et les patients ou représentants des usagers dans l'instance de pilotage. Elles se sont par contre plutôt mises en retrait du pilotage au profit d'un travail en commissions thématiques. Le principal argument est le manque de temps, d'agents ou de salariés pour participer au dispositif de gouvernance. Plus que le pilotage, leur priorité se situe dans le travail de réflexion, de mise en réseau, d'échange d'informations que seraient les commissions ou groupes thématiques.

La MDPH s'imagine dans un rôle facilitant la mise en place du CLSM mais moins dans le fonctionnement du dispositif, essentiellement par manque de temps. Sa participation aux groupes de travail thématique est envisageable.

On l'a vu, la F2RSM et le commissariat de sécurité publique s'imaginent ne pas participer à l'instance de gouvernance du CLSM, pas plus qu'aux groupes de travail, mais souhaitent être interpellés en tant que de besoin.

Si les structures rencontrées ont précisé les partenaires potentiels du CLSM, et l'appel à leurs partenaires, elles ne les ont évidemment pas classés dans les instances de gouvernance et de travail. Cela reste à faire dans la construction réelle du CLSM et de ce que voudront en faire l'ensemble des partenaires.

### 3.2 La coordination du dispositif

Il ne fait aucun doute pour quiconque que l'animation du dispositif doit revenir à la ville d'Amiens et à l'élu désigné pour cela ; pour tous, l'élu à la santé. C'est au-delà de ce point de consensus que les divergences apparaissent, traversant les quatre groupes dans lesquels les acteurs ont été répartis. Deux acteurs, dont le centre hospitalier Philippe Pinel et l'Udaf évoquent une co-animation, dont ils seraient l'autre branche du binôme.

Plus exactement, trois *scenarii* se dessinent sur la notion de coordination du CLSM, distincte pour tous de celle d'animation. L'animation renvoie au pilotage général, politique du CLSM – dans le sens d'une politique publique – tandis que la coordination renvoie au travail sur le terrain pour faire vivre au quotidien le CLSM et les instances qui le composeraient, tant de gouvernance que de réflexion et de travail. Quel que soit le scénario, le financement du poste de coordination devrait être assuré pour eux par la ville et l'ARS, soit à parts égales, soit selon un équilibre à trouver. Aucun acteur n'imagine une autre source de financement, et aucun d'entre eux n'imagine vraiment devoir y contribuer. Certains proposent cependant des financements supplémentaires *via* des partenariats (Sécurité sociale, conseil régional, cotisations des partenaires), des mécénats ou des réponses à des appels à projets pour des actions.

Le premier scénario rassemble le plus d'acteurs. La coordination revient à la ville qui salarie un coordinateur, payé en partie par l'ARS, ou par l'hôpital pour un des acteurs. La ville porteur du CLSM, est jugée neutre en matière de santé mentale et de psychiatrie, ce qui lui assure toute la légitimité possible, en plus de la proximité entre l'élu animateur du dispositif et le coordinateur.

Le deuxième met en évidence, à l'inverse, que la ville n'a pas de compétence en matière de santé mentale et

de psychiatrie, et que le poste de coordination doit dès lors échoir aux instances professionnelles de la psychiatrie, qui ont toute légitimité en la matière. Dans ce scénario, ce ou ces postes seraient financés par la ville et l'ARS.

Le troisième renvoie dos à dos les tenants des deux premiers, arguant de la non-neutralité, et de la ville, et de la psychiatrie publique. Il propose que la coordination revienne à un tiers extérieur, non fondamentalement compétent en psychiatrie, mais davantage en gestion de projets ou de réseaux, en gestion administrative, car défendent-ils, le CLSM n'est pas une instance de soins, mais de mise en relation d'acteurs entre eux. Ce tiers extérieur pourrait être selon les acteurs qui en font état, un cabinet conseil, l'Udaf, l'Unafam ou encore l'OR2S.

**La coordination nécessite au moins un poste équivalent à un temps plein, voire une petite équipe**

Quelques-uns se sont ainsi essayés à dresser le « portrait-type » du coordinateur : aime et aide les gens, est dans l'écoute, convivial, sympathique, connaissant la maladie mentale et la psychiatrie, dynamique mais pas trop, apte à créer de la synergie entre les acteurs... Peut-être un infirmier... Pour beaucoup, ce poste doit être financé par la ville et par l'ARS ; financement que l'ARS se dit prête à octroyer selon l'avancement du projet.

Un bailleur social et une institution de santé mentale et psychiatrie pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un équivalent temps plein (ETP) complet pour la coordination du CLSM. L'institution de santé mentale et psychiatrie évoque la mise à disposition d'une personne pour un jour par mois afin de gérer l'organisation et le secrétariat du CLSM, mais ce volume peut évoluer dans le temps en fonction des besoins. Les autres partenaires estiment majoritairement qu'il faut un temps de coordination plus important afin de pouvoir se consacrer aux nombreuses mises en relation et au travail sur le terrain avec les partenaires du CLSM.

Sept structures (quatre partenaires hors santé mentale, deux institutions de santé mentale et psychiatrie et une association de patients, usagers et familles) pensent qu'un ETP est nécessaire à l'animation et à la coordination du conseil local en santé mentale. Pour trois partenaires, un professionnel du social et deux du soin, le CLSM nécessite deux personnes ou plus : soit un coordonnateur et un temps de secrétariat rattaché, soit un coordonnateur et un élu. Les deux partenaires de soins envisagent deux ETP pour la coordination pour pallier les absences liées aux congés ; l'un d'eux y ajoute également un temps de secrétariat.

En outre, les partenaires évoquent aussi la mise à disposition des personnels des structures participant au CLSM.

Parallèlement, une institution de santé mentale et psychiatrie et un professionnel du soin estiment que des compensations financières devront être proposées aux institutions et aux libéraux qui dégageront du temps sur leur activité habituelle pour inciter les participations. Cependant que deux partenaires hors de la santé mentale considèrent que le CLSM ne demande pas de moyens financiers conséquents car les participants sont déjà rémunérés par leurs structures. Il restera cependant à charge du CLSM des coûts logistiques (moyen de locomotion pour le coordonnateur, salles de réunions...), de formation des professionnels (sensibilisation), de communication et de documentation.

### 3.3 Le fonctionnement

Le fonctionnement du CLSM est un point dont les modalités de mise en œuvre ne font pas ressortir un fort consensus entre les acteurs.

Le CLSM doit être structuré, cela ne fait aucun doute pour chacun. Cette structuration passe par des instances de pilotage, de travail, déjà évoquées, mais aussi par un règlement intérieur du CLSM ou par des conventions entre les acteurs constitutifs du conseil local et le dispositif.

Les avis sont variés sur les instances de pilotage. L'organisation en collèges – enfants et jeunes vs adultes, maladies mentales vs maladies psychiques ou encore professionnels de santé et du soins vs représentants des patients, usagers et familles et associations d'accompagnement des familles – et défendue par quelques acteurs : institutions de santé mentale et psychiatrie et associations de patients, usagers et familles. Mais cette composition n'agrée pas tous les acteurs pour qui il ne faut pas rester dans l'entre soi, mais plutôt ouvrir les groupes à la pluri-professionnalité. Réunir l'ensemble des acteurs devient alors l'enjeu, le paradoxe soulevé étant qu'une assemblée nombreuse et hétérogène a moins de chance de réussir que des petits groupes de travail plus homogènes.

L'organisation du CLSM prendrait alors l'aspect d'une réunion plénière rassemblant l'ensemble de acteurs, quel que soit leur secteur d'activité et d'autant plus si le CLSM est constitué en collèges, et des réunions de groupes de travail, des commissions thématiques, chapeauté par un coordinateur et un comité de pilotage restreint aux acteurs clés du CLSM, le noyau dur.

#### Un CLSM en partie dématérialisé serait une bonne option face à des réunions chronophages

La fréquence de réunion de l'assemblée plénière reste à la discrétion du CLSM et des acteurs qui le constituent, mais les discours recueillis à ce sujet orientent vers des réunions trimestrielles ou semestrielles, soit de deux à trois réunions par an. Cette fréquence pourrait être plus grande dans la phase de construction du CLSM, au moins mensuelle.

Le contenu des séances plénières diverge selon les acteurs. Pour les uns, il s'agit d'avoir une vue d'ensemble du CLSM, des actions qui s'y déroulent et d'en présenter l'évaluation ; pour d'autres, moins nombreux, les séances plénières permettraient de faire un travail de recensement des problèmes et situations, de discuter de signalements afin d'aboutir à des solutions. Pour un bailleur, la réunion plénière peut aussi permettre la connaissance mutuelle des organisations pour faciliter la mise en réseau.

Les réunions de travail en groupes et commissions, réunissant les acteurs concernés par un sujet, ou un collègue d'acteurs particulier pourraient être plus fréquentes, dépendant de la décision des groupes. Les acteurs associatifs demandent que les réunions puissent se tenir plutôt en fin de journée, pas avant 17 heures.

Pour un professionnel du soin, les réunions devraient plutôt être hebdomadaires, avec comptes rendus systématiques et suivi des actions. Un bailleur social évoque ce type de réunion pour régler des situations urgences avec quelques personnes seulement, et qui peuvent être convoquées à la demande.

Que ce soit en assemblée plénière ou en groupes de travail,

une poignée d'acteurs demandent de la souplesse dans les représentations institutionnelles, avec par exemple des postes de titulaires et de suppléants, et que selon les thématiques débattues, que ce soient les experts de la question dans les institutions qui siègent et non des cadres, plus éloignés du terrain.

Les avis divergent sur la réalité matérielle du CLSM. Pour certains, il doit avoir une adresse physique, un bureau, peut-être rattaché à la ville, au CCAS ou à l'hôpital, mais clairement identifiable par les acteurs et la population, avec la tenue de permanences. Pour un bailleur social, il serait nécessaire de disposer d'un numéro de téléphone ou d'un lieu de permanence à fournir aux locataires quand ils ont besoin de rencontrer un professionnel de santé compétent et pour avoir des renseignements concrets.

À l'inverse, un bailleur social imagine un CLSM qui serait plus dans la virtualité. Le CLSM pourrait, si ce n'est se réduire, du moins s'engager dans la voie de la dématérialisation *via* un forum internet, un espace collaboratif ou un centre d'appel capable de répondre aux personnes et de les orienter, tant professionnels que public. L'idée défendue est qu'il est plus facile et efficient de cliquer sur un ordinateur que de se réunir dans une salle de réunion, pour un résultat peut-être comparable. Cela n'empêche pas pour cet acteur des rencontres sur le terrain avec les personnes idoines.

L'intérêt, pour lui comme pour les autres acteurs qui le confirment, est de faire en sorte que les réunions ou les échanges soient les moins chronophages possibles.

Un autre aspect développé pour le fonctionnement par quelques acteurs, le plus souvent en dehors de champ de la santé mentale, est que chaque structure membre du CLSM nomme un référent qui serait le point de contact, tant en interne, que pour les partenaires, qu'ils pourraient mobiliser notamment en intersessions plénières ou de groupes de travail.

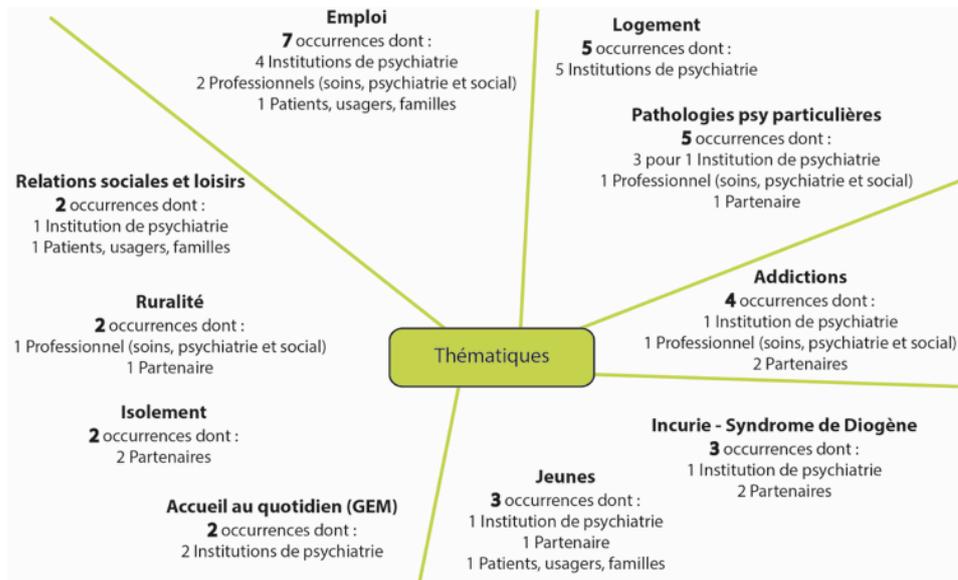
### 3.4 Thématiques du CLSM

Au-delà de la structuration du CLSM lui-même, par exemple en collèges sur la base populationnelle, son organisation en commissions ou groupes de travail, les acteurs rencontrés mettent en exergue un certain nombre de thématiques qui devraient nourrir la réflexion des participants.

Les acteurs ont ainsi évoqué vingt-sept thématiques différentes qui peuvent être regroupées en dix groupes.

La thématique la plus citée (sept acteurs : quatre institutions de santé mentale et psychiatrie, deux professionnels de soins et une association de patients, usagers et familles) concerne l'emploi.

Le CLSM pourrait travailler sur les questions de qualité de vie au travail et d'épuisement professionnel pour la population générale. Pour les personnes touchées par des problèmes de santé mentale, les institutions de santé mentale et psychiatrie proposent à la fois un travail d'information et de démythification du handicap psychique et psychiatrique, et la construction de liens avec le milieu de l'entreprise, en milieu protégé comme en milieu ordinaire, pour trouver ensemble des solutions à l'intégration de ces personnes dans l'entreprise. Des problématiques comme les fautes professionnelles ou les arrêts maladie seront abordées. Mais, on l'a souligné, les acteurs économiques ne sont pas cités comme partenaires du CLSM.



Deux thèmes ont été cités cinq fois chacun.

Le logement, qui n'a été évoqué directement par un seul bailleur social, est une préoccupation des institutions de santé mentale et psychiatrie. Il est considéré comme un facteur important d'insertion dans la société. L'une des institutions évoque d'ailleurs plus particulièrement l'habitat inclusif.

Des pathologies psychiatriques particulières ont également été citées cinq fois. Une institution de santé mentale et psychiatrie évoque trois cas à aborder : la crise psychiatrique, la psychiatrie de la personne âgée et les troubles du comportement alimentaire.

Un professionnel du soin détaille les pathologies psychiatriques et psychologiques et un bailleur social aborde le sujet des personnes qui arrêtent leur traitement, provoquant des crises perturbant le voisinage.

Les conduites addictives intéressent quatre acteurs rencontrés : une institution de santé mentale et psychiatrie, un professionnel de soins, institution publique hors santé mentale et un bailleur social.

Les problématiques d'incurie et de syndrome de Diogène sont évoquées par une institution de santé mentale et psychiatrie et deux bailleurs sociaux. L'institution de santé mentale et psychiatrie précise qu'il existe déjà deux groupes « incurie » sur le territoire : l'un en lien avec la mairie d'Amiens et l'autre dans le cadre du Praps, avec le conseil départemental et l'ARS. Il pourrait être utile de les réunir au sein du CLSM. Mais pour une autre structure de santé mentale et psychiatrie, l'incurie ne devrait pas rentrer dans le champ du CLSM.

Une institution de santé mentale et psychiatrie, une institution publique hors santé mentale et une

association de patients, usagers et familles pensent que la prise en charge des jeunes et enfants présentant des troubles en santé mentale peut être une problématique à aborder lors du CLSM.

Deux institutions de santé mentale et psychiatrie souhaitent des échanges sur les accueils des personnes au quotidien via le GEM. L'une d'elle estime qu'il faudrait davantage de GEM sur le territoire car ce sont des lieux importants de repères pour les personnes avec des troubles.

Deux bailleurs sociaux évoquent quant à eux l'isolement que les personnes âgées notamment peuvent subir et qui peut dévier sur des problèmes de dépression ou autres affections psychologiques.

Sujet qui peut parfois être mis en lien avec cet isolement, la ruralité est évoquée par un professionnel social et une institution publique hors santé mentale.

L'accès aux loisirs (cité par une institution de santé mentale et psychiatrie et une association de patients, usagers et familles) fait également partie des préoccupations qui pourraient être abordées lors d'un CLSM.

Parmi les thématiques citées par un seul acteur rencontré, il est intéressant de noter : l'accès aux soins, l'accessibilité des personnes dans tous types de structures (notamment loisirs), les liens avec le médecin généraliste, le maintien du revenu des personnes handicapées, le placement sous contrainte, les prescriptions médicamenteuses, la prévention du suicide et le suivi à domicile.

D'autres thématiques sont encore évoquées par les uns ou les autres comme la prévention du suicide, les besoins de prise en charge sur le territoire, notamment en ce qui concerne les enfants autistes, pour autant que cela entre dans le champ du CLSM, la santé des migrants.



## SYNTHÈSE

Ce diagnostic préalable à la mise en place d'un conseil local de santé mentale (CLSM) a été réalisé à la demande de la ville d'Amiens à partir d'une étude qualitative auprès d'une vingtaine d'acteurs de la ville, du département ou de la région. Il a pour objectif d'éclairer sur les représentations qu'ont les acteurs d'un CLSM à Amiens, leurs attentes et besoins, la manière dont ils le verraient fonctionner et son champ d'intervention.

Attendu par les acteurs de la santé mentale et de psychiatrie et par les associations de patients, usagers et familles, et quelquefois depuis fort longtemps, le conseil local de santé mentale remporte les suffrages des acteurs rencontrés, quels qu'ils soient.

Le CLSM est vécu comme un dispositif important nécessaire tant pour les acteurs que pour les patients eux-mêmes et leurs familles dans une triple perspective de construire un réseau pertinent et réactif, pour les acteurs, d'inclusion universelle et d'amélioration des parcours de soins pour les patients.

Le consensus est fort et partagé sur l'engagement des acteurs dans le dispositif. Un noyau dur d'institutions se dégage pour mettre en œuvre le CLSM, constitué de la ville, de l'ARS, de la psychiatrie publique et des représentants des patients, usagers et familles. Pour beaucoup, le conseil local ne doit pas être uniquement entre les mains d'experts professionnels, mais l'expertise des patients, la place de patients experts dans le dispositif, doit être garantie. Ce noyau dur pourrait préfigurer le pilotage du CLSM, en dehors des positions officielles que pourraient prendre les autres partenaires si les travaux fondateurs du CLSM venaient à être à l'ordre du jour. Une coordination pérenne et financée serait adossée à ce pilotage.

Quasiment l'ensemble des acteurs rencontrés tient à s'investir durablement dans le dispositif et participer pleinement aux travaux, que ce soit en assemblées plénières ou dans des groupes de travail ou commissions thématiques. De rares acteurs ne souhaitent avoir dans le cadre du CLSM que des interventions ponctuelles et à la demande, soit parce que leur champ de compétence les éloigne d'une activité centrale en santé mentale,

soit parce que leur surface régionale les obligerait certainement à devoir siéger dans tous les CLSM ! Les acteurs parties prenantes pourraient être répartis en collèges, par exemple sur la distinction entre la psychiatrie adulte et la pédo-psychiatrie, ou réunis systématiquement en plénière une à trois fois par an puis s'intégrer dans des groupes de travail. Tous citent aussi la nécessité d'intégrer au CLSM l'ensemble des acteurs qui souhaiterait l'être.

Deux freins principaux sont cependant mis en exergue en ce qu'ils pourraient limiter la participation aux travaux du conseil local. Le premier, partagé par tous, est le temps disponible à y consacrer, corrélat au nombre de personnes qu'une institution devrait engagée. Un CLSM qui serait en partie dématérialisé sur internet pourrait répondre à cette limite. Tout comme la présence chez chacun des acteurs partie prenante d'un référent CLSM, point de contact des acteurs et facilitant les relations entre acteurs.

Le second frein serait que le CLSM n'embrasse pas l'entièreté du champ de la santé mentale. Des acteurs se verraient ainsi moins voire non légitimes pour participer au dispositif si celui ne se consacrait, par exemple, qu'à la santé mentale des adultes, ou, à l'inverse, qu'à la santé mentale des enfants et des jeunes.

L'aire géographique du CLSM partage aussi les acteurs. Si tous admettent la ville d'Amiens comme périmètre du conseil local, la majorité estime qu'il doit s'étendre à la métropole, jugée plus pertinente même si elle ne dispose pas de la compétence santé.

Le champ d'intervention qui pourrait être celui du CLSM aborde de nombreuses thématiques. Mais dans un premier temps, les acteurs fondateurs doivent s'accorder pour savoir si le CLSM est outil au service du soin, ou un outil complémentaire au soin. L'éventail des thématiques à aborder est large, allant du logement, qui est une préoccupation centrale, à l'emploi, aux addictions, aux relations sociales et aux loisirs, etc.

Le diagnostic préalable fait enfin ressortir l'envie des acteurs de participer à la construction du conseil local de santé mentale et d'en définir collectivement les contours et la gouvernance.