

## ANNEXE 11 :

# CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE

L'ancêtre du conseil local de santé mentale est le « *conseil de secteur* » dont la mise en place est recommandée par la circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale<sup>130</sup>. Ce conseil de secteur est destiné à « *compléter le dispositif de concertation départementale* » organisé au sein du conseil départemental de santé mentale institué par la loi du 25 juillet 1985. Il s'agit, à un échelon territorial de grande proximité, le secteur :

- « *d'étudier et résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre les divers acteurs ;*
- *de mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives (sanitaires, sociales et médico-sociales) pour faciliter les orientations des malades ;*
- *de produire les informations et les propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance ».*

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé » mentionne l'existence de « conseils locaux de santé mentale » qui doivent être associés dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale, et consultés sur son contenu par le directeur général de l'ARS<sup>131</sup>. Pour autant, la loi ne les définit pas.

Par ailleurs, la loi prévoit la constitution d'une « *commission spécialisée en santé mentale* »<sup>132</sup> au sein des conseils territoriaux de santé organisés par l'ARS.

Deux niveaux de concertation sont donc définis sur les sujets de santé mentale :

- au niveau du territoire de santé, en général le département, une concertation sur la stratégie régionale de l'ARS, définie par le PRS. C'est aussi à ce niveau que l'ARS informe des contrats territoriaux de santé et des contrats locaux de santé. C'est là la place de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé ;
- au niveau en-dessous du territoire de santé, une concertation sur le projet territorial de santé mentale et sur toute action en faveur de la santé mentale déterminée par les acteurs locaux, conforme aux dispositions du PRS. C'est là la place du conseil local de santé mentale.

Il faut noter que la concertation au niveau régional sur l'élaboration du PRS se conduit avec la CRSA, au sein de laquelle la constitution d'une commission spécialisée sur la santé mentale n'est pas prévue.

---

<sup>130</sup> La création d'un conseil de secteur dans chaque secteur psychiatrique avait été proposée par le rapport de Marie et Jean DEMAY en 1982 (« *Une voie française pour une psychiatrie différente* »).

<sup>131</sup> Article L. 3221-2 du code de santé publique.

<sup>132</sup> Article L. 1434-10 du code de santé publique.

## 1 LES OBJECTIFS DU CLSM

« *Le conseil local de santé mentale est une plate-forme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population* »<sup>133</sup>.

Avec le CLSM, il s'agit de partir des besoins de la population, tels qu'elle les ressent et les exprime au niveau d'un territoire, afin de déterminer les actions permettant d'y répondre, au plus près des personnes, collectivement, avec tous les acteurs locaux impliqués dans la santé mentale. C'est un exercice de démocratie où les intéressés, les usagers associés aux professionnels de toutes origines et aux élus, se saisissent eux-mêmes de leur situation, et se constituent en une sorte de communauté de destin, deviennent les acteurs de leur mieux être. En langage emprunté au vocabulaire de l'OMS, c'est une démarche d'*empowerment*.

## 2 LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE DES CLSM

Les CLSM se sont mis en place de façon progressive au début des années 2000. Ils étaient environ une quinzaine en 2008. En 2015, un recensement effectué par le centre collaborateur de l'OMS de Lille (CCOMS) en compte environ 120. Leur répartition territoriale est très inégale. Certaines régions n'en avaient aucun d'opérationnel au 31 décembre 2014. D'autres les ont beaucoup développés (par exemple la mission a pu constater que l'agglomération de Lyon comptait 9 CLSM).

Cette mise en place progressive n'est pas surprenante, et n'interroge pas sur l'intérêt de la démarche. Il faut du temps pour constituer un CLSM<sup>134</sup>, pour créer localement la dynamique nécessaire, réunissant autant de partenaires qui souvent ne collaboraient pas ensemble, voire ne se connaissaient pas, sur des sujets, la maladie et la santé mentale, qui génèrent encore certaines réticences à s'en saisir collectivement.

Le CCOMS de Lille s'est engagé dans un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM en France, avec le soutien de la Délégation interministérielle à la Ville en 2008 et de la DGS et de l'Acsé depuis 2012.

Un réseau national des CLSM a pris forme depuis 2012, donnant lieu à des rencontres nationales organisées par l'association Elus Santé Publique et Territoire (ESPT) et le CCOMS.

Le CCOMS se déplace localement pour aider un territoire à constituer un CSLM.

---

<sup>133</sup> *Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015*. Pauline Guézennec et Jean-Luc Roelandt. L'information Psychiatrique. Vol 91, n°7. Août-Septembre 2015.

<sup>134</sup> L'enquête réalisée en 2014 par le CCOMS montre que pour 31,6% des CLSM ayant répondu, il a fallu entre un et deux ans pour constituer ce conseil, et plus de deux ans dans 15,8% des cas.

### 3 LE PERIMETRE DE COMPETENCE, L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES CLSM SONT TRES VARIABLES

#### ► *Le périmètre territorial et thématique*

Les CLSM sont constitués sur des territoires de taille très différente. Les territoires couverts par les 100 CLSM opérationnels en octobre 2014 vont de 5 000 à 850 000 habitants. Dans l'enquête du CCOMS, 8 % des CLSM sont à une échelle infra-communale, 60 % communale, 32 % intercommunale. La mission a pu constater que certains CLSM concernent le territoire d'un secteur psychiatrique (exemple de celui du 59G21 à Armentières), d'autres recouvrent le territoire de plusieurs secteurs (exemple de Toulouse où le CLSM implique 8 secteurs de psychiatrie générale et 3 inter-secteurs de pédopsychiatrie).

Faut-il mettre en place des conseils locaux de santé mentale ou des conseils de santé ? Les deux modèles existent. Le secteur 59G21 à Armentières a constitué un « *conseil intercommunal santé, santé mentale et citoyenneté* » qui dispose d'un contrat local de santé.

Il n'y a pas de raison que la santé, au sens large, ne bénéficie pas de ce type d'approche permettant de travailler localement à l'identification des besoins de la population et à la définition des actions de prévention ou de promotion de la santé nécessaires. Or il risque d'être difficile de mobiliser les élus et un certain nombre de professionnels, tels les généralistes par exemple, pour participer sur un même territoire à des conseils ayant des vocations différentes, la santé pour les uns, la santé mentale pour les autres. Par ailleurs, s'il s'agit au travers de la constitution de ces CLSM d'œuvrer à la déstigmatisation de la maladie mentale, ce n'est pas en la traitant à part des autres questions de santé qu'on y parviendra le plus aisément.

#### ► *La gouvernance*

La gouvernance recommandée par le CCOMS est assez classique : une assemblée plénière et un comité de pilotage.

Les compositions exactes de ces instances diffèrent d'un CLSM à un autre. L'enquête réalisée par le CCOMS, ayant obtenu 40 % de réponses des CLSM<sup>135</sup> existant fin 2014, montre que les élus et les professionnels de secteurs de psychiatrie sont toujours présents dans l'assemblée plénière. Mais il arrive que les associations représentant les usagers en soient absentes. Dans 60 % des CLSM ayant répondu au questionnaire du CCOMS, il n'y a pas de représentant des usagers ou des aidants au sein du comité de pilotage ou du bureau. Le conseil risque alors de se limiter à un dialogue entre institutions, toujours utile mais insuffisant pour engager une véritable démarche d'*empowerment*.

Le plus souvent le CLSM est présidé par un élu (60 % des conseils ayant répondu à l'enquête du CCOMS). Dans 15 % des cas, c'est un professionnel de la psychiatrie qui le préside, et dans 25 % des cas c'est une coprésidence.

La mission a pu constater lors de ses déplacements que cette question de la présidence pouvait poser problème. Sur un des sites visités, un praticien hospitalier d'un secteur s'est plaint de l'intention de la mairie de présider un CLSM en voie de constitution.

---

<sup>135</sup> Ont répondu 41 CLSM au questionnaire adressé par le CCOMS.

### ➤ **Le fonctionnement**

L'activité des CLSM peut se réduire à une ou deux réunions par an. Elle peut aussi apparaître plus intense.

Ce qui est certain est que l'absence d'un coordonnateur, financé pour réaliser cette activité, a un impact important sur la capacité du CLSM à développer ses activités. Ce financement peut être assuré par la mairie et l'ARS, voire par l'hôpital. Une association de la mairie et de l'ARS est bien sûr le meilleur des cas, montrant clairement la réelle implication de ces deux autorités publiques qui sont les plus concernées par ce dispositif. Mais les mairies ne s'impliquent pas toujours financièrement dans le fonctionnement du CLSM. Et il en est de même pour les ARS (à noter qu'à Lyon, l'ARS finance trois coordonnateurs, chacun chargé de la coordination de trois CLSM).

Lorsque le CLSM a pu définir des actions concrètes en faveur de la santé mentale de la population de son territoire, cela peut donner lieu à leur inscription dans un contrat local de santé, signé, comme dans l'exemple d'Armentières, par l'ARS, les mairies concernées, le préfet au titre de la politique de la ville.

## 4 LES ACTIONS MENEES PAR LES CLSM

Selon l'enquête réalisée par le CCOMS, les sujets le plus souvent traités par les CLSM portent sur :

- la gestion des problèmes d'hébergement des personnes présentant une pathologie psychiatrique ou un handicap psychique. A cet effet, très souvent une commission logement a été constitué associant les bailleurs sociaux ;
- l'orientation des « cas complexes », sur le modèle de ce qui se fait en pédopsychiatrie ;
- l'organisation de semaines d'information sur la santé mentale.

Dans les établissements et régions où la mission s'est déplacée, les mêmes constats ont été faits.

A ces activités s'ajoutent une grande diversité de sujets traités par les CLSM et les groupes de travail constitués en leur sein : le développement de formations croisées concernant des professionnels de qualification différentes, la mise en place de lieux d'écoute pour favoriser l'accès aux soins, l'exposition d'œuvres réalisées par des malades mentaux ou des personnes présentant un handicap psychique, la gestion des soins sans consentement avec les partenaires concernés (médecine générale, police, travailleurs sociaux...), l'organisation de colloques sur des questions de santé mentale (santé des personnes âgées...)...

## 5 LES QUESTIONS POSEES AU SUJET DES CLSM

En premier lieu, il convient d'insister sur une première certitude. Il ne faudrait surtout pas aligner les CLSM sur un même modèle, uniformiser leur périmètre de compétence, leur organisation et leur fonctionnement. Il faut accepter ces différences d'expérience qui sont le résultat d'une adaptation aux particularités démographiques et géographiques des territoires, aux contextes institutionnels locaux, aux personnalités qui s'impliquent dans ce dispositif. Ces différences sont aussi la conséquence d'une démarche d'appropriation collective nécessaire de ces dispositifs, qui s'exprime au travers de formes créatives variables.

Les CLSM sont des dispositifs intéressants pour développer une approche communautaire de la santé, impliquant les citoyens, les professionnels de la santé et du social, et les acteurs publics locaux dans la recherche d'une amélioration de la santé mentale de la population. Cependant, trois types de question se posent à leur sujet :

- la constitution au niveau territorial de plusieurs lieux de concertation, de travail collectif sur la santé, ayant des finalités assez voisines, ne risque-t-elle pas de conduire à des implications de plus en plus faibles d'acteurs trop sollicités, et ne saisissant pas toujours les rôles différents de ces différentes instances auxquelles ils sont invités à participer ? Sur un même territoire, le département, peuvent coexister avec en partie les mêmes membres ou leurs représentants : un conseil territorial de santé, un conseil au niveau du territoire de santé mentale chargé de préparer le projet territorial de santé mentale, un conseil local de santé mentale, un conseil local de santé...
- le périmètre très variable du territoire d'un CLSM n'entraîne-t-il pas de grandes différences dans son rôle ? Un CLSM couvrant un espace de 5 000 habitants ne saurait traiter des mêmes sujets qu'un autre conseil concernant 850 000 habitants. En tout cas, plus le territoire du CLSM est grand, plus son rôle se rapproche objectivement de celui du conseil territorial de santé.
- dès lors qu'existent plusieurs niveaux de concertation, selon des échelles territoriales différentes, ne devrait-on pas être très précis dans les fonctions particulières exercées par les uns et les autres, sous peine de rendre confus le dialogue mené entre partenaires ? Il n'est pas évident en effet que la contribution de chacun de ces niveaux de concertation aux différentes étapes de l'élaboration des stratégies de santé, de la définition des actions à mener et de leurs évaluations, obéisse à des principes méthodologiques précis et bien compris de tous.