

Le Conseil Local de Santé Mentale : réflexions d'un psychiatre

Angelo POLI

Psychiatre,
Chef de service,
CH de Saint Cyr au
Mont D'Or.

Divers textes nous sollicitent, depuis longtemps pour « mettre en place des lieux de concertation et de proposition » dans le cadre de la politique de santé mentale, soit sous forme de « Conseils de secteurs », soit, plus récemment, en organisant des « Conseils Locaux de Santé Mentale ». Ceux-ci sont définis comme « des instances de concertation et de proposition réunissant les différents professionnels sanitaires spécialisés que nous sommes, les acteurs de soins primaires, les intervenants du champ éducatif, les intervenants du champ judiciaire et les représentants des usagers ».

Mais si le législateur demande à la psychiatrie d'en être l'instigateur, « le secteur de psychiatrie » ne doit y siéger qu'en seule qualité de partenaire, au même titre que les autres. Le CLSM est alors un groupe de professionnels acceptant de travailler ensemble et de partager leurs compétences. L'engagement de ces professionnels inclut la complémentarité ; mais va au-delà puisque chaque partenaire, dans le travail accompli en commun, sera « modifié » par la connaissance qu'il aura acquise de l'autre ou des autres.

Aussi, en tant que chef de service, j'ai souhaité rapidement mettre en place un CLSM. Pourquoi ? D'abord, d'un point de vue pratique, puisque effectivement un certain nombre de patients a non seulement une problématique psychiatrique, mais aussi sociale, et qu'il était souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes, les services sociaux, les foyers d'hébergement, les CHRS, les responsables sociaux des villes et villages du secteur, etc... afin de faciliter leur réinsertion. Ce CLSM, mis en place en 2002, nous a aussi permis de connaître « de visu » nos partenaires, ce qui est toujours facilitateur de liens ; de comprendre ce qu'ils font, leur mode de fonctionnement, et surtout « de percevoir tout ce qu'ils ne font pas » ;

mais aussi de connaître et d'utiliser leurs propres réseaux, et en contrepartie, d'explicitier nos limites. Mais aussi, afin de mieux organiser la prévention...

Trois groupes cibles

Mais d'abord, un préalable à la réflexion : la population d'un secteur, envisagée du point de vue d'une pathologie potentielle, peut être séparée en trois groupes de population :

- Un premier groupe représentant « les personnes qui vont bien » : globalement bien insérées, travaillant, ayant des liens familiaux et sociaux. Nous, services de psychiatrie, ne les prendrons en charge qu'épisodiquement, voire jamais.

- Un deuxième groupe constitué de « personnes atteintes de pathologies mentales graves » : psychoses décompensées, névroses graves invalidantes, conduites addictives avec manifestations psychiatriques, pathologies déficitaires ou limitations intellectuelles avec des troubles du caractère. Toutes ces personnes relèvent, peu ou prou, de notre prise en charge et de suivi, souvent après un temps d'hospitalisation.

- Et un dernier groupe : ce sont « les autres » !... Qui ne sont « pas assez durablement malades » pour être dans le deuxième groupe ; même s'ils y transitent régulièrement... ; et qui seront pris en charge par les services sociaux entre autre ; mais qui posent aussi problème aux élus dans les quartiers.

Conséquences sur le modèle de CLSM

Cela amène à proposer deux modèles de Conseil Local de Santé Mentale :

- Le premier correspond à celui où l'on reste dans notre fonction médicale et soignante d'expert psychiatre. Notre mission consiste alors à définir et repérer clairement « les personnes atteintes de pathologies mentales graves » que nous prendrons en charge, et à différencier nettement celles qui appartiennent au champ social et qui

sont à la charge de nos partenaires.

L'objectif est alors de délimiter nettement nos zones de compétence : « à nous les AAH ; à eux le RMI ». Ce CLSM s'appuie sur le modèle qu'on définira « en étoile » : la psychiatrie au centre, les partenaires autour. Dans ce cas, le CLSM, issu de la psychiatrie, reste la « propriété » du secteur psychiatrique. - Le second modèle nous amène à nous impliquer dans la réflexion sur la prise en charge des personnes du dernier groupe, justement pour éviter qu'elles ne soient malades. L'objectif est la prévention. Nous acceptons d'avoir les « mêmes clients » que nos autres partenaires du secteur (nos partenaires classiques : médecins généralistes, services sociaux, services d'urgence des hôpitaux généraux, gérants de tutelles ; mais aussi les structures d'hébergement, de réinsertion, CHRS, foyers ; les services sociaux des villes, les bailleurs ; sans compter les services de police et de gendarmerie, la justice et les services de probation, etc...)

Dans ce cas, le CLSM, correspond à un modèle « en chaîne » : chaque partenaire, dont le secteur de psychiatrie, étant l'un des maillons de la chaîne. Les CLSM sont alors (ou ils devraient l'être) présidés par le maire ou son représentant.

Intérêt du CLSM

Il se présente dans « l'articulation et la coordination des équipes de secteur psychiatrique entre elles et avec leurs partenaires.

C'est grâce à cet outil de prévention que ces professionnels ayant acquis cette compétence nouvelle sont alors dans « la capacité et le droit de saisir les élus locaux » pour leur faire prendre en compte les problématiques locales qu'ils auront perçues... L'inverse est également vrai de la part des élus qui peuvent saisir les professionnels des problèmes qu'ils authentifient. ■

Bibliographie

Pluriels, N° 25,
Mars 2001,
Lettre de la Mission Nationale
d'Appui à la Santé Mentale