



HAL
open science

Implication des élus locaux dans les politiques de santé mentale

Florian Porta Bonete

► **To cite this version:**

Florian Porta Bonete. Implication des élus locaux dans les politiques de santé mentale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03012433

HAL Id: dumas-03012433

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03012433>

Submitted on 18 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2020

Thèse n° 3198

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2020 par

Florian PORTA BONETE

Né le 25 octobre 1993 à Mont-de-Marsan (40)

**IMPLICATION DES ÉLUS LOCAUX DANS LES POLITIQUES
DE SANTE MENTALE**

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Membres du jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Président

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Juge

Madame le Professeur Mélina FATSEAS, Juge

Monsieur le Docteur Alain DESAGE, Juge

Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

REMERCIEMENTS

J'ai une pensée particulière pour mes parents qui m'ont soutenu tout au long de ces études de médecine, ainsi que pour toute ma famille, mon frère et mes grands-parents notamment. Merci à Lucile pour ton soutien et ton aide, depuis le début.

Toute ma gratitude envers mon directeur de thèse, le Dr Kévin Rossini, pour avoir accepté de diriger ce travail. Ta confiance, ton implication et tes conseils avisés depuis le début ont été, pour moi, une force inépuisable. Que de chemin parcouru depuis nos toutes premières discussions il y a deux ans !

Ma reconnaissance à Mme Michèle Delaunay, ancienne ministre, qui m'a éveillé, à l'époque jeune étudiant en médecine, aux liens essentiels qui unissent la médecine et la politique, entre soins du corps humain et soins du corps social. Votre amitié est un honneur et votre engagement un guide, tant dans le domaine médical que politique.

Merci également à Sébastien Saint-Pasteur de m'avoir donné l'opportunité de travailler ces liens en coordonnant un programme santé à l'occasion d'un scrutin municipal et qui m'a prodigué aide et conseils pour la réalisation de ce travail.

Je veux enfin avoir une attention particulière à l'égard des médecins rencontrés au cours de mon internat : merci de m'avoir poussé vers le meilleur ! J'ai une pensée amicale pour le Dr Marc Géraud dont l'humanisme m'a éclairé quand je travaillais avec lui. Merci d'avoir partagé ta grande culture psychiatrique, bien au-delà du stage, en m'introduisant, notamment, à la pratique analytique. Mes remerciements enfin au Dr Jean Campmas qui, en plus de me former à la pédopsychiatrie, m'a initié à la mission de direction d'une structure de soins, notamment sous l'angle de son implantation territoriale, tissant ainsi un lien entre pratique clinique et santé publique.

Pour les entretiens accordés ayant permis de documenter ce travail de thèse, remerciements à :

Madame Ghislaine BOUVIER, adjointe au maire de Mérignac, déléguée à la santé et à la lutte contre les pollutions.

Madame le Dr Annie BURBAUD, conseillère municipale de Gradignan, déléguée à la petite enfance et à la santé environnementale ; conseillère médicale à la Direction de la Santé Publique, au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Madame Dominique DELAGE, conseillère municipale de Bassens, déléguée à l'emploi et à l'insertion professionnelle.

Madame Marielle DESCOUBES SIBRAC, adjointe au maire de Lormont, déléguée à la solidarité, à la santé, aux seniors et au handicap.

Monsieur Christophe DUPRAT, maire de Saint-Aubin-de-Médoc.

Madame le Dr Marylène FABRE, conseillère médicale à la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Madame Marie-Jeanne FARCY, adjointe au maire de Bassens, déléguée aux affaires sociales et aux solidarités ; conseillère départementale de Gironde.

Monsieur Charley GIRON, adjoint au maire de Talence, délégué à la santé, à l'économie sociale et solidaire, à l'aide aux aidants.

Madame Isabelle HAUMONT, chargée de mission santé au sein de Bordeaux Métropole ; coordinatrice du CLS métropolitain.

Madame le Dr Françoise JEANSON, conseillère régionale de Nouvelle-Aquitaine, déléguée à la santé et à la *silver économie*.

Madame Sylvie JUSTOME, adjointe au maire de Bordeaux, déléguée à la sécurité sanitaire, à la santé et aux seniors.

Madame Anne-Sophie LAVAUD, responsable du pôle Autonomie à la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Madame Jannick LE GALLO, coordinatrice du CLSM de Bordeaux.

Madame Huguette LENOIR, adjointe au maire de Cenon, déléguée aux solidarités, aux seniors et à la politique de la ville.

Monsieur Pierre-Yves LOUBOUTIN, chargé de mission Santé mentale, au sein de l'ARS Gironde.

Madame Maria-del-Pilar RAMIREZ, conseillère municipale de Lormont, déléguée à la santé et aux seniors.

Monsieur Sébastien SAINT-PASTEUR, conseiller départemental de Gironde ; président de la commission « Politique du Handicap et de l'Inclusion ».

Madame Josiane ZAMBON, maire de Saint-Louis-de-Montferrand ; conseillère métropolitaine déléguée à la santé.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur émérite des Universités,
Praticien Hospitalier,
Contrôleur externe pour le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté,
Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers.

Je suis très honoré que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et de ma profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai eu l'occasion, en passant en stage dans le pôle dans lequel vous exercez, de bénéficier de votre enseignement de pédopsychiatrie et d'aborder les liens que vous tissez avec la santé publique.

Madame le Professeur Mélina FATSEAS

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Travailler à vos côtés, au cours de mon stage d'addictologie, a été aussi plaisant que formateur, tant par votre enseignement que par vos qualités humaines.

Monsieur le Docteur Alain DESAGE

Docteur en Médecine, Psychiatre,
Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je garde un souvenir mémorable de mon premier stage d'internat dans ton service. Compétences cliniques et qualités humaines : il ne pouvait y avoir meilleur compagnonnage pour commencer mon apprentissage de la Psychiatrie.

AU DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Docteur en Médecine, Psychiatre,
Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je tiens à te remercier particulièrement d'avoir accepté de diriger ma thèse. Tes remarques, toujours avisées, ont été des conseils précieux. La rigueur de tes lectures m'a amené, au cours de ces mois de travail, vers le meilleur. Ton expérience, faite de lien entre activité clinique et santé publique, fut riche d'enseignements, autant que tes qualités humaines que j'ai pu connaître lors de mon apprentissage hospitalier comme dans ce travail universitaire. Je te prie, cher Kévin, de bien vouloir accepter toute ma gratitude et ma reconnaissance.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Autant comme étudiant en médecine que comme interne, j'ai beaucoup progressé à vos côtés. Complétant vos qualités humaines, votre enseignement m'a permis de développer une approche rigoureuse des troubles mentaux et de leur thérapeutique.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	13
1. LA DECISION POLITIQUE EN SANTE : ENTRE ETAT ET COLLECTIVITES TERRITORIALES	14
1.1. L'Etat, chef d'orchestre de l'organisation du système de santé ?.....	15
1.1.1. Schéma général de gouvernance du système de santé	15
1.1.2. Les Agences Régionales de Santé, une agence de l'Etat dans les régions	17
1.1.3. Rôle de l'Etat : fondements historiques et idéologiques.....	18
1.2. Territorialisation et démocratie sanitaire : des déclinaisons récentes de la gouvernance en santé.....	20
1.2.1. La territorialisation de la santé	20
1.2.2. L'approche citoyenne en santé	24
1.3. La décentralisation : un aboutissement de la diversification de la gouvernance sanitaire ?.....	29
1.3.1. Les Agences Régionales de Santé : déconcentration ou décentralisation ?	29
1.3.2. La décentralisation en santé : pourquoi ?	30
1.3.3. Place des collectivités territoriales dans la politique de santé : focus sur les municipalités	33
1.3.4. Compétences des autres collectivités territoriales	39
2. IMPLICATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES EN SANTE MENTALE	42
2.1. Secteur psychiatrique, territorialisation et santé mentale citoyenne	43
2.1.1. Secteur psychiatrique.....	43
2.1.2. Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)	45
2.1.3. Psychiatrie citoyenne	46
2.2. Le maire en psychiatrie	50
2.2.1. Le maire sollicité	50
2.2.2. Le maire face à certaines difficultés	51
2.2.3. Le maire en action.....	52
2.2.4. La question des hospitalisations sans consentement	55
2.3. Les Conseils Locaux de Santé Mentale	58

2.3.1. Définition	58
2.3.2. Historique législatif	59
2.3.3. Objectifs et fonctionnement général.....	60
2.3.4. Etat des lieux.....	61
2.4. Actions des autres collectivités territoriales en santé mentale.....	63
2.4.1. Les départements	63
2.4.2. Les régions.....	64
3. IMPLICATION DES ELUS MUNICIPAUX EN SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE DE BORDEAUX METROPOLE : UNE ETUDE DE CAS.....	65
3.1. Introduction.....	65
3.2. Méthode	66
3.3. Résultats	67
3.4. Discussion	72
3.5. Conclusion.....	73
CONCLUSION	74
ANNEXE 1 : Principales agences, instituts et autorités exerçant dans le domaine de la santé	75
ANNEXE 2 : Exemples d’actions mises en place par les CLSM	76
ANNEXE 3 : Questionnaire	80
BIBLIOGRAPHIE	83

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée
AMG : Association des Maires de Gironde
AME : Aide Médicale d'Etat
AMPS : Association Médico-Psycho-Sociale
ANS : Agence du Numérique en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASPDDE : Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Directeur de l'Etablissement
ASPDRE : Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
ASPDPT : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
ASPPI : Admission en Soins Psychiatriques pour Péril Imminent
ASV : Atelier Santé-Ville
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communale d'Action Sociale
CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales
CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP : Comité National de Pilotage
CNV : Conseil National des Villes
CMU : Couverture Maladie Universelle
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CRS : Conférence Régionale de Santé
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSP : Code de Santé Publique
CTS : Conseil Territorial de Santé
CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale
DATAR : Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIV : Direction Interministérielle de la Ville
DNS : Délégation au Numérique en Santé

DGS : Direction Générale de la Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DTP : Diagnostic Territorial Partagé
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
EPIC : Equipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ESPT : Elus, Santé Publique et Territoires
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FCU : Frottis du Col de l'Utérus
FNAPSY : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HLM : Habitation à Loyer Modéré
HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HSC : Hospitalisation Sans Consentement
IAF : Invités Aux Festins
IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME : Institut Médico-Educatif
IMP : Institut Médico-Pédagogique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IPA : Infirmier de Pratique Avancée
LFI : La France Insoumise
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LR : Les Républicains
LREM : La République En Marche
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MRS : Mission Régionale de Santé
MSP : Médiateur de Santé-Pair
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCAET : Plans Climat Air Energie Territorial
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMS : Plan Municipal de Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRS : Programme Régional de Santé
PS : Parti Socialiste
PTS : Projet Territorial de Santé
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
QPV : Quartier prioritaire de la Politique de la Ville
RBP : Recommandations de Bonne Pratique
RESAD : Réunions d'Évaluations des Situations d'Adultes en Difficulté
RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé
RTSM : Réseau Territorial de Santé Mentale
SAD : Service d'Aide à Domicile
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
SDF : Sans Domicile Fixe
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIRS : Santé, Inégalités et Ruptures Sociales
SFSP : Société Française de Santé Publique
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRS : Schéma Régional de Santé
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UE : Union Européenne
UNAFAM : Union Nationale des Amis et des Familles de Malades psychiques
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
ZUS : Zone Urbaine Sensible

INTRODUCTION

De tous temps, le domaine de la santé est apparu étroitement lié au domaine politique. Analogie platonicienne entre médecine et politique, importance du nombre de médecins engagés en politique, avènement de la santé publique en tant que discipline, ne sont que quelques exemples qui montrent que la santé en général et la médecine en particulier sont des « objets » de politique (1). Certains auteurs, dans la lignée de M. FOUCAULT, en livrent une explication, en mobilisant le concept de « *biopolitique* », définie comme « *un mode de gouvernement fondé sur l'intériorisation par les individus de la nécessité de se maintenir en bonne santé. Par des processus d'individualisation et de responsabilisation, voire de stigmatisation et de pénalisation des comportements jugés peu conformes ou à risques, elle fait de la salubrité publique un élément constitutif de l'ordre public. La désectorisation du domaine sanitaire et son extension à l'ensemble de la question sociale fondent sa politisation* » (2).

L'étude du lien entre médecine et politique peut se faire sous plusieurs abords : philosophique, historique, juridique, sociologique ou encore de santé publique. Cette dernière approche renvoie aux pratiques de politique de santé, dans le sens d'*administration de la santé* ou encore de *gouvernance en santé*. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une « *bonne* » gouvernance en santé se définit comme « *une participation responsable de ceux qui sont concernés par la formulation et le déploiement des politiques, des programmes et des pratiques conduisant à des systèmes de santé équitables et durables* » (3). Une partie de cette définition recoupe la notion de « *démocratie sanitaire* », définie par le ministère des Solidarités et de la Santé comme une « *démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation* » (4). Ainsi, le citoyen, l'utilisateur, le soignant et le politique apparaissent impliqués dans la gouvernance en santé.

C'est précisément au rôle du politique en santé que nous allons nous intéresser. Celui-ci peut s'envisager de multiples façons, notamment selon l'échelon politique territorial que l'on considère : central (l'Etat) ou local (les collectivités territoriales). En outre, selon HASCHAR-NOE, « *les modes de gouvernement des politiques de santé publique ont singulièrement changé et se sont diversifiés depuis le début du XX^{ème} siècle sans toutefois que l'on puisse en dégager un mouvement d'ensemble et saisir le sens des recompositions de l'action de l'État en matière de santé publique* » (5). C'est précisément afin de mieux caractériser cette recomposition, que nous allons porter notre regard sur l'action des élus locaux dans les politiques de santé. Aux prises avec un double mouvement de décentralisation des politiques publiques et de territorialisation de la santé, la gouvernance de la santé par les élus locaux est elle-même en profonde mutation. Ce sujet est important car, comme l'affirme L. EL GHOZI, « *la santé publique ne pourra se mettre en œuvre concrètement qu'au niveau local, avec l'engagement des élus locaux* » (6). Ainsi, quelle est la place des élus locaux en santé ? Comment leur action se décline-t-elle en santé mentale ?

Dans un premier temps, nous étudierons les implications des élus locaux dans les politiques de santé en général. Nous présenterons l'ensemble des possibilités d'actions actuelles, mais nous interrogerons aussi les éléments moteurs (et freinateurs) qui accélèrent (et s'opposent) à la gouvernance locale en santé. Dans un deuxième temps, nous observerons cette dynamique au sein d'un champ particulier de la santé : la santé mentale. Pour de multiples raisons, celle-ci est un des champs sanitaires qui apparaît le plus politique (7). La santé mentale a en effet connu des changements propres, qui l'ont, de fait, inscrite dans le champ des politiques locales. Enfin, pour compléter les données de notre revue de la littérature, nous terminerons par une étude de cas observationnelle. Nous chercherons à investiguer les implications des élus municipaux dans les politiques de santé mentale au sein des communes du territoire de *Bordeaux Métropole*. Par l'échange avec de nombreux élus municipaux au début du mandat 2020-2026, nous dresserons un constat des difficultés, initiatives et perspectives dans cette zone géographique.

1. LA DECISION POLITIQUE EN SANTE : ENTRE ETAT ET COLLECTIVITES TERRITORIALES

Préoccupation universelle, la santé fait l'objet, en France, d'orientations politiques venant de l'Etat, tout autant que de la part des collectivités territoriales. Les champs d'action respectifs ne sont pas intangibles et évoluent en fonction du temps. La façon dont les acteurs s'en saisissent n'est pas non plus univoque sur l'ensemble du territoire. Chaque domaine de l'action publique est donc réparti soit en compétence exclusive de l'Etat, soit en compétence exclusive d'un échelon territorial, soit en exercice partagé. Les répartitions sont définies nationalement grâce, notamment, aux lois de décentralisation qui se sont succédées depuis le début des années 80. S'y ajoutent des compétences et directives relevant de l'Union Européenne (UE) ; la politique européenne de santé ne sera toutefois pas davantage abordée dans ce travail.

A l'international, les exemples de répartition sont très larges, oscillant entre des Etats où la politique est exclusivement conduite de façon centralisée et d'autres dans lesquels elle est largement régionalisée. Au sein même de l'UE, cette répartition varie significativement d'un Etat à l'autre. Il est classique, en sociologie de la santé, de distinguer trois grands modèles de systèmes de santé (8) :

- Les *systèmes nationaux de santé*, comme au Royaume-Uni, en Norvège ou en Australie, qui assurent un accès quasiment gratuit aux soins, qui sont quasi-intégralement publics et très largement financés par l'impôt, général ou local. Leur pilotage est soit national (Royaume-Uni) soit local (pays nordiques) ;
- Les *systèmes d'assurance maladie*, comme en Allemagne, en France ou au Japon, où les soins sont en partie publics et en partie privés. Ils sont financés en majorité par des caisses d'assurance maladie *via* des cotisations sociales. Leur organisation politique peut être plutôt centralisée (comme en France) ou plutôt décentralisée (comme en Allemagne) ;
- Les *systèmes libéraux*, comme aux Etats-Unis ou, souvent, en Amérique du Sud, où les acteurs privés sont prééminents. Le financement est essentiellement le fait d'assurances privées et l'organisation politique peu prégnante : le marché est le mécanisme de régulation dominant.

La gouvernance politique est donc variable à la fois entre ces systèmes et en leur sein même.

C'est précisément la question de la décision en santé, et des acteurs qui la portent, qui sera notre objet d'étude dans cette première partie : qui décide ? De quoi ? Comment ? Pour ce faire, nous allons étudier l'organisation générale du système de santé en France, avec un angle d'abord politique. Quelle est la place de l'Etat ? Comment ce dernier est-il organisé en matière de santé ? Quelle place pour les collectivités territoriales ? Quels sont les enjeux sous-tendant cette organisation ? Quelles sont les évolutions récentes ? Notons d'ores et déjà que, pour D. TABUTEAU (2009), les décisions sanitaires ont, de façon générale, plusieurs caractéristiques (9) :

- Elles comportent souvent une part d'incertitude ;
- Elles s'inscrivent dans une organisation sanitaire complexe ;
- Elles sont parfois associées à la notion d'urgence avec obligation d'agir ;
- Elles ont une forte composante émotionnelle ;
- Elles se pensent, au moins en partie, à l'échelle individuelle.

Dans un premier temps, nous étudierons la conduite, par l'Etat, de la politique de santé. Il constitue, en France, l'armature structurante de l'action publique sanitaire. Dans un deuxième temps, nous verrons comment s'est récemment développée une approche de l'« *aller-vers* » (M. LAFORCADE (10)). Elle découle de l'idée qu'une politique sanitaire ne peut être vraiment efficace qu'en mobilisant tous les acteurs, c'est-à-dire en impliquant les

territoires, d'une part, mais aussi les individus, d'autre part, dans une logique citoyenne et de démocratie sanitaire. Enfin, nous terminerons cette première partie en posant les enjeux de la décentralisation en santé. Elle constitue à la fois une donnée politique globale, qui concerne bien des domaines extérieurs à la santé, et s'inscrit en même temps dans la dynamique de l' « *aller-vers* » propre au champ sanitaire. Nous verrons à cette occasion quelle est la place légale des collectivités territoriales en santé et quelles sont les plus récentes dynamiques à l'œuvre.

1.1. L'Etat, chef d'orchestre de l'organisation du système de santé ?

La France est souvent présentée comme un Etat dans lequel la centralisation des politiques publiques, c'est-à-dire la concentration de la décision politique « dans les mains » de l'Etat, serait forte (11). Celle-ci aurait une double expression :

- Centralisation politique, par laquelle les prises de décision seraient essentiellement le fait de l'Etat central, y compris avec ses administrations réparties sur le territoire ;
- Centralisation géographique qui concerne à la fois le processus de prise de décision (essentiellement parisien), mais aussi de nombreux autres aspects de la vie quotidienne (axes de transport en étoile autour de Paris, concentration des grandes écoles en région parisienne...).

Nous verrons dans cette première partie comment cette primauté de l'Etat s'illustre dans le champ de la santé. Dans un premier temps, nous présenterons le schéma général de gouvernance du système de santé français. Ensuite, nous nous intéresserons aux Agences Régionales de Santé (ARS), instance majeure de la gouvernance actuelle en santé. Enfin, nous verrons par quels déterminants historiques et idéologiques est sous-tendu le rôle central de l'Etat.

1.1.1. Schéma général de gouvernance du système de santé

La gouvernance du système de santé français est le fait de multiples acteurs : parmi les principaux figurent le ministère de la Santé et ses services, le Parlement, l'Assurance Maladie et les agences, instituts et autorités diverses qui interviennent dans ce domaine.

1.1.1.1. Le ministère de la Santé et ses services

En tête de la prise de décision en santé, se trouve le ministère de la Santé. Le premier ministère de la Santé Publique fut créé en 1930. Par la suite, la santé fut soit individualisée, soit rattachée à un ministère plus général (par exemple celui des Affaires Sociales). A l'heure actuelle, il s'agit du « *ministère des Solidarités et de la Santé* », dirigé par Monsieur Olivier Véran, en poste depuis le 16 février 2020. Il comprend plusieurs services axés sur la santé (12) :

- La *Direction Générale de la Santé* (DGS) est en charge de l'organisation de la politique de santé publique, guidée par quatre grands objectifs :
 - Améliorer l'état de santé des citoyens ;
 - Protéger la population des menaces sanitaires ;
 - Garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès aux soins ;
 - Coordonner les partenaires.
- La *Direction Générale de l'Offre de Soins* (DGOS) est en charge de la construction de l'offre de soins et en particulier des établissements hospitaliers ;
- La *Direction de la Sécurité Sociale* (DSS) vise à assurer la pérennité de la Sécurité Sociale et à l'adapter aux besoins de la population ;

- La *Délégation au Numérique en Santé* (DNS) s'occupe du développement des outils numériques chez les professionnels de santé et a autorité sur l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

Il existe, par ailleurs, plusieurs services ne concernant pas exclusivement le domaine de la santé comme *l'Inspection Générale des Affaires Sociales* (IGAS) ou *la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques* (DREES). Notons, enfin, la possibilité de constituer des missions interministérielles, comme la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA).

1.1.1.2. L'Assurance Maladie

En France, la Sécurité sociale a été créée par l'ordonnance du 4 octobre 1945 « *portant organisation de la sécurité sociale* » (13). Elle vise à protéger les Français contre un ensemble de risques dits « *sociaux* » : la maladie, la vieillesse, les accidents du travail/maladies professionnelles et les prestations liées à la famille (dont les allocations familiales). Il existe deux régimes principaux : le régime agricole et le régime général. Ce dernier couvre 88 % de la population (14) et englobe l'ancien régime social des indépendants depuis 2018. Il y a aussi de nombreux autres régimes dits « *spéciaux* ».

L'Assurance Maladie (ou Caisse Nationale d'Assurance Maladie - CNAM) est la caisse du régime général qui gère les risques « *maladie* » et « *accidents du travail/maladies professionnelles* ». Elle est donc le financeur principal du système de santé (15). Le système de santé français s'inscrit bien dans le groupe des systèmes de caisse décrit en introduction. La répartition territoriale de l'Assurance Maladie se fait essentiellement par les *Caisses Primaires d'Assurance Maladie* (CPAM), qui correspondent à son échelon départemental. Son financement est régi par la *Loi de Financement de la Sécurité Sociale* (LFSS), votée, chaque année, par le Parlement.

1.1.1.3. Les agences, instituts et autorités

Les agences et les instituts liés au champ de la santé sont nombreux en France. Il s'agit, par exemple, de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), chargée d'évaluer les risques sanitaires en lien avec les médicaments et dispositifs médicaux (16), de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui établit notamment des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) pour les professionnels de santé (17), ou encore, du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui fournit aux pouvoirs publics des avis et expertises sur les questions de santé publique (18). Il existe d'autres agences, instituts et autorités dont les principaux sont présentés en annexe 1.

1.1.1.4. Le Parlement

Le Parlement (composé de l'Assemblée Nationale et du Sénat) a une compétence législative qui s'exerce par le vote des lois. Certaines d'entre elles concernent la santé, dont la dernière loi du 24 juillet 2019 « *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* » (19). Par ailleurs, depuis 1996, il vote, chaque année, la LFSS qui fixe *l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie* (ONDAM) (20). Il existe aussi, au sein de chacune des chambres du Parlement, des commissions travaillant sur les questions de santé, comme, par exemple, celle consacrée aux Affaires Sociales.

1.1.2. Les Agences Régionales de Santé, une agence de l'Etat dans les régions

Les ARS sont aujourd'hui un pilier de l'organisation du système de santé dans les territoires. Il s'agit d'établissements publics à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement et qui sont placés sous la tutelle du ministère de la Santé (21). Les ARS ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 dite « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » (HPST) (22).

Sur un plan administratif, selon N. PRISSE, « *les ARS ont conduit un chantier colossal de réforme de l'Etat (...) par la fusion d'administrations et services, l'élaboration de nouvelles organisations et modalités de travail et l'accompagnement de personnels issus d'origines diverses* » (23). Elles ont unifié le service public régional de santé en regroupant en une seule entité les sept organismes suivants :

- DRASS (*Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales*) ;
- DDASS (*Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales*) ;
- ARH (*Agence Régionale d'Hospitalisation*) ;
- GRSP (*Groupement Régional de Santé Publique*) ;
- URCAM (*Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie*) ;
- MRS (*Mission Régionale de Santé*) ;
- CRAM (*Caisse Régionale d'Assurance Maladie*).

Au nombre de dix-huit, les ARS ont, en général, pour territoire géographique de référence celui des régions administratives (par exemple, l'ARS Nouvelle-Aquitaine prend en charge la région administrative Nouvelle-Aquitaine). Les divisions régionales ont des délégations départementales, toutes organisées en deux pôles : « *Animation territoriale et parcours* » et « *Santé publique et santé environnementale* ». Parmi leurs nombreuses missions figure, en outre, l'objectif de « *renforcer la territorialisation des politiques de santé* », thématique que nous aborderons ultérieurement (cf. 1.2.1.) (21).

En pratique, le ministère de la Santé élabore une « *Stratégie Nationale de Santé* » (SNS) pluri-annuelle, couvrant actuellement la période 2018-2022 (24). Celle-ci se doit d'être en concordance avec la LFSS. Les ARS transposent cette SNS en un « *Projet Régional de Santé* » (PRS) qui comprend :

- Un *Cadre d'Orientation Stratégique* (COS) établissant les objectifs de santé publique à 10 ans ;
- Le *Schéma Régional de Santé* (SRS), élaboré pour 5 ans, qui indique les besoins de santé et les objectifs de soins ;
- Le *Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins* des personnes les plus démunies (PRAPS).

Par ailleurs, ce PRS est décliné en plusieurs « *Projets Territoriaux de Santé* » (PTS) afin d'affiner encore les données et les objectifs à un territoire infra-régional (25).

Les ARS couvrent à la fois les secteurs ambulatoires, médico-sociaux et hospitaliers. En outre, elles se chargent :

- De l'autorisation de création des établissements de soins et médico-sociaux, mais aussi de l'allocation et du contrôle de leurs ressources ;
- D'une approche budgétaire d'équilibre recettes/dépenses en région, en partenariat avec les organismes d'Assurance Maladie ;
- Du contrôle de la formation des professionnels de santé.

Le débat sur le contour des missions des ARS est d'actualité. La crise sanitaire dite du Coronavirus COVID-19 a en effet ravivé les discussions sur leurs prérogatives et leur mode de fonctionnement. Notamment, il y a eu une forte expression critique de responsables politiques, dont voici quelques exemples, eu égard (26) :

- A leur autonomie, parfois jugée trop importante, et à l'influence supposée trop faible des acteurs médicaux en leur sein. Ainsi, selon S. HOULIE, député La République En Marche (LREM) de la deuxième circonscription de la Vienne, « *les ARS ont trop de pouvoir* » d'autant plus qu'« *elles ne sont pas soumises au contrôle parlementaire* ». P. CHALUMEAU, député LREM de la première circonscription de l'Indre-et-Loire, estime, quant à lui, que « *le pouvoir est totalement passé dans les mains des administratifs, c'est allé trop loin.* »
- Au dualisme de leurs missions, entre élaboration de la politique de santé et allocation des ressources : « *Elles fixent les objectifs tout en tenant fermement les cordons de la bourse* ». Pour certains, cela constituerait un frein pour faire face à certaines circonstances exceptionnelles : « *On a construit un gros machin avec pour objectif de réduire les dépenses de santé (...), pas de gérer les crises* » selon U. BERNALICIS, député La France Insoumise (LFI) de la deuxième circonscription du Nord ;
- Aux relations parfois jugées insatisfaisantes avec les élus locaux : « *Quand j'étais ministre, je répétais aux ARS : « vous avez la responsabilité du dialogue avec les élus », ce qui n'est pas toujours dans leur culture* » relate M. TOURAINE, ministre de la Santé entre 2012 et 2017. Dans le contexte de l'épidémie de Coronavirus a été pointé, par exemple, le manque de coordination entre ARS et départements, notamment dans la politique d'accompagnement des personnes âgées. Nous reviendrons ultérieurement sur la question du lien entre les collectivités territoriales et les ARS ;
- A l'hétérogénéité des politiques de santé, par essence variables selon les territoires, au point d'en devenir disparates ;
- A la rivalité avec les services préfectoraux : « *Lors d'une inauguration d'une maison de santé, vous avez deux discours : celui du directeur de l'ARS et celui du préfet, qui ne disent pas forcément la même chose* » affirme T. MESNIER, député LREM de la première circonscription de la Charente. Cela illustrerait l'idée d'une « *concurrence institutionnelle* » pointée par M. HONTA et J-C. BASSON (27). L'ancienne ministre M. TOURAINE abonde : « *Si les directeurs régionaux [des ARS] tiennent la route face aux préfets de région, ce sont des profils plus divers au niveau départemental. C'est problématique* ». Certains prônent d'ailleurs une reprise en main des dossiers sanitaires par les préfetures (P. CHALUMEAU).

Ces remarques montrent que le débat sur la pertinence et les contours de l'action des ARS reste très dynamique. Cela démontre, à la fois, les attentes importantes et les possibles déceptions liées à ce type d'administration. Il est probable que les années à venir montrent encore des évolutions en la matière. Par exemple, si elles sont régulées, au niveau national, par le Conseil National de Pilotage (CNP) des ARS, certains appellent à aller plus loin en fusionnant encore d'autres administrations dépendant de différents ministères, jusqu'à l'Assurance maladie, au sein de ce qui pourrait être, par exemple, une « *agence nationale de santé* » (28).

1.1.3. Rôle de l'Etat : fondements historiques et idéologiques

La responsabilité en matière de conduite de la politique de santé semble ainsi largement marquée par la prégnance du pouvoir étatique. L'Etat reconnaît même un droit à la santé puisque, selon la Constitution de la Cinquième République, la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* » (29). La construction d'un pouvoir n'est néanmoins jamais naturelle ni évidente. Nous allons maintenant tâcher d'en mesurer les déterminants historiques et idéologiques.

Les politiques de santé n'ont pas toujours été à dominante étatique. De la Révolution française à la loi du 15 février 1902 « *relative à la protection de la santé publique* » (30), les prémisses de la politique de santé sont en effet largement du ressort des municipalités.

C'est, par exemple, aux communes que revient le pouvoir de police sanitaire. Les « hôpitaux » sont, eux aussi, placés sous responsabilité municipale (établissement public communal) et ce dès 1796. Pour autant, en pratique, au XIX^{ème} siècle, « à l'exception de quelques conseils de salubrité et bureaux municipaux d'hygiène, les services collectifs de santé ne sont pas développés en France » (31).

C'est au cours du XX^{ème} siècle que la gouvernance nationale s'accroît. On peut citer l'étatisation des établissements hospitaliers en 1941, ou encore l'inauguration des conventions nationales avec les médecins en 1971 (32). Cette prise en main, par l'Etat, de la santé publique, reste tardive par rapport aux autres grandes administrations étatiques mises en place dès le XIX^{ème} siècle. Il faudra par exemple attendre la crise sanitaire de la grippe dite « espagnole » de 1918 pour aboutir à la création d'un « *ministère de l'hygiène, de l'Assistance Publique et de la prévoyance sociale* », devenant « *ministère de la santé publique* » en 1930.

Cette évolution se poursuit au début des années 80, à rebours du mouvement de décentralisation initié par les lois dites « DEFFERRE » de 1982 et 1983. Non seulement la santé n'est pas concernée par ces réformes mais en plus, le domaine sanitaire est l'un des rares exemples de transfert de compétences des collectivités vers l'Etat : le financement de la lutte contre les « *maladies mentales* », qui était, jusque-là, essentiellement départemental, devient étatique (33).

Le domaine sanitaire restera peu concerné par la loi de décentralisation du 13 août 2004 « *relative aux libertés et responsabilités locales* » (34), qui « *réalise de nombreux transferts de compétences* » mais dont « *la santé publique reste à l'écart* » (35). Il en va de même pour la loi du 16 décembre 2010 « *de réforme des collectivités territoriales* » (36).

Depuis, l'histoire du pilotage de la Santé par l'Etat est nuancée. Le ministère peine à acquérir une identité propre (en témoigne son intégration fréquente au sein du ministère des Affaires sociales) et certains vont même jusqu'à contester son niveau d'expertise. Par exemple, à l'époque de l'« *affaire du sang contaminé* », l'IGAS avait noté que le ministère n'avait « *ni le centre nerveux – une capacité d'expertise digne de ce nom, ni les muscles – des relais déconcentrés suffisants- indispensables pour assurer convenablement les missions qui lui sont assignées* » (37).

Pour D. TRUCHET (38), plusieurs raisons peuvent expliquer cette centralisation des politiques publiques de santé :

- Une technicité croissante de ces questions qui exige une expertise forte, que même l'Etat ne parvient à obtenir qu'en développant de nombreux instituts et agences ;
- Des menaces épidémiques qui dépassent les limites municipales, départementales ou régionales. Les standards de lutte contre les fléaux sanitaires sont maintenant mondiaux ;
- Une multipolarité du système de santé entre des intervenants multidisciplinaires, relevant de différents statuts (public, privé, libéral, etc.) et ordres professionnels qui ne correspondent pas forcément aux territoires des collectivités locales ;
- Des risques lourds en termes de responsabilités civiles et pénales qui concourent au peu d'appétence des acteurs locaux pour ces thématiques. Là encore, on peut citer l'« *affaire du sang contaminé* » dans le sillage de laquelle nombre de plaintes ont été déposées.

En plus de ces considérations pratiques, certains auteurs suggèrent un rationnel idéologique sous-tendant cette centralisation des politiques de santé publique. Ainsi, selon P. LONCLE (39), le domaine de la santé s'intègre bien dans l'idéologie libérale qui encourage l'Etat à conserver des fonctions dites régaliennes, qui sont les grandes fonctions souveraines fondant l'existence de l'Etat et ne faisant, en principe, pas l'objet de délégation. Parmi ces fonctions, on note classiquement la sécurité intérieure, entendue aussi en tant que

sécurité sanitaire. L'épidémie du coronavirus montre le rôle décisif de l'Etat dans la gestion de la crise épidémique (40). Une implication forte dans le système de santé pourrait aussi s'expliquer par « *la meilleure performance économique donnée par une main d'œuvre en bonne santé* » ou encore, la fonction de récit donnée par « *l'inscription au sein d'un discours progressiste et positiviste sur la modernité et la science* ». Par ailleurs, la prise en main des politiques de santé par l'Etat peut aussi être vue comme un moyen de concourir à une égalité territoriale dans l'accès à la santé, qui a pleinement sa place dans l'idée républicaine d'égalité (41).

En France, l'Etat a donc une action centrale et tutélaire dans la politique de santé. Celle-ci s'inscrit dans une histoire, intimement liée à notre histoire politique plus globale. Elle a aussi des fondements idéologiques et pratiques. Tout ceci justifie donc de qualifier l'Etat de chef d'orchestre de l'organisation du système de santé. Nous allons maintenant voir comment, malgré tout, l'Etat a dû développer une approche extensive et mobiliser bien au-delà de sa propre administration.

1.2. Territorialisation et démocratie sanitaire : des déclinaisons récentes de la gouvernance en santé

La prééminence de l'Etat que nous venons de détailler ne saurait masquer qu'une politique comme la santé, pour être réellement efficace, doit être déployée à la fois sur les territoires et parmi les acteurs qui y vivent. Ainsi, selon M. CHAUVIERE, « *dans le secteur social [entendu au sens large et englobant la santé], deux figures majeures sont apparues de manière concomitante et se sont imposées ces vingt dernières années : le territoire et l'usager* » (42). C'est en ce sens que l'une des évolutions récentes de la gouvernance en santé est une approche de l'« *aller-vers* » : aller vers les territoires, tout d'abord, en cherchant à incarner la gouvernance au plus près des habitants et de leurs besoins mais aussi, aller vers les individus, en mobilisant leur citoyenneté dans le champ sanitaire. Nous préciserons l'une et l'autre de ces déclinaisons de la gouvernance en santé.

1.2.1. La territorialisation de la santé

On peut simplement définir la territorialisation comme la prise en compte croissante du territoire, sous-entendu à une échelle infra-nationale, dans son aspect géographique, sociologique et individuel. Cette dynamique fait aujourd'hui partie des piliers de l'évolution de notre système de santé. Nous verrons tout d'abord comment le concept de territoire est apparu et a évolué dans la loi, sous-tendu par des considérations géographiques. Nous porterons ensuite notre regard sur les bénéfices et les limites d'une approche territoriale.

1.2.1.1. Approche législative : apparition et évolution du concept de territoire dans la loi

Nous allons, dans cette partie, réaliser une brève présentation de la territorialisation de la santé dans une perspective historique, législative et géographique. La santé est longtemps restée dans une logique non-territoriale. Par exemple, en 1963, la création de la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale (DATAR) fait date : l'Etat entend penser de nombreuses actions politiques à l'échelle de territoires (43). Pour autant, la santé en reste exclue.

En 1970, apparaît pour la première fois, au sein de la loi « *portant réforme hospitalière* » (44), la notion de « *carte sanitaire* » qui dessine des secteurs de taille variable, en général infra-départementale, centrés sur la répartition de l'offre hospitalière. Ils ont pour principal objectif l'homogénéisation des « *ratios d'équipement* » par secteur.

La notion de territoire est finalement consacrée par la loi du 31 juillet 1991 « *portant réforme hospitalière* » (45). Le territoire de référence est alors défini comme la région. Les instances sanitaires sont logiquement régionalisées avec la création des :

- *Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire* (SROS) (ce qui ajoute des axes de santé qualitatifs en complément des aspects quantitatifs de la carte sanitaire) ;
- *Conférences Régionales de Santé* (CRS) ;
- *Unions Régionales des Médecins Libéraux* (URML) ;
- *Agences Régionales d'Hospitalisation* (ARH) ;
- *Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie* (URCAM).

Petit à petit, la territorialisation de la santé, c'est-à-dire son « *appréhension à partir de réalités spatiales* » (46) s'impose. On passe d'une approche médicale centrée sur la pathologie, le soin et l'individu, à une approche plus globale, populationnelle, qui intègre l'environnement dans son entièreté. L'un des objectifs majeurs est alors d'assurer un égal accès aux soins pour toute la population, quel que soit son lieu d'habitation, dans un pays marqué par deux hétérogénéités spatiales fortes : le relief et la densité populationnelle (46).

Dès lors se pose la question de la pertinence de la définition de « bon territoire » en santé : est-ce le territoire administratif ? Est-ce, au contraire, le « *territoire vécu* », celui qui correspond à une communauté de vie de la population, de ses besoins, de l'offre de soins à laquelle elle s'adresse ? Si cette dernière orientation est retenue, comment faut-il la définir ? La multiplicité des territoires administratifs (« *mille-feuille territorial* ») ainsi que l'imparfaite concordance de ceux-ci avec les habitudes de vie réelles de la population ont poussé les autorités à définir d'autres territoires dans d'autres domaines que la santé. En économie, dans une même logique, l'*Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques* (INSEE) crée, en 1983, la « *zone d'emploi* », basée sur les déplacements domicile-travail, devenue par la suite « *bassin de vie* », défini comme le plus petit territoire où les habitants ont accès aux principaux services concurrentiels et non-concurrentiels (47).

En 1995, la CNAM transpose, pour la première fois, le concept en parlant de « *bassin de santé* », défini par E. VIGNERON et A. CORVEZ comme « *une partie de territoire drainée par des flux, hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes* » (46). Il s'agit alors essentiellement de bassins d'hospitalisation, basés sur les données du *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information* (PMSI), mis en place en 1997 et qui permet d'obtenir des données relatives à l'ensemble des hospitalisations, quantitatives et standardisées (48).

Pour autant, le territoire de santé ne peut finalement se concevoir que comme un emboîtement d'échelons différents, chacun adapté pour un type d'action donné. En effet, les interventions prodiguées à un seul niveau territorial sont souvent insuffisantes et peuvent aggraver les disparités de santé. Selon S. RICAN et G. SALEM, « (...) *l'exemple des politiques nationales de lutte contre le tabagisme est là pour nous rappeler que les politiques menées à grande échelle, si elles permettent des améliorations (diminution des prévalences tabagiques), peuvent également participer au renforcement des inégalités, les campagnes de prévention étant mieux perçues et intégrées par les populations favorisées, déjà les plus faibles consommatrices* », de même que « *les interventions menées uniquement au niveau local sont soumises aux mêmes limites, amenant le plus souvent à considérer chaque lieu comme un îlot, unique et indépendant, et ne permettant pas de prendre en compte des phénomènes dépassant le strict cadre local* » (49).

C'est pourquoi VIGNERON et CORVEZ définissent, en 1999, cinq niveaux intriqués : il s'agit de « *bassins de santé* » (46) qui peuvent être envisagés à l'échelon :

1. Européen (interrégionaux, pour les maladies rares) ;
2. Régional (pour les spécialités hospitalières) ;
3. De référence (l'agglomération, pour le centre hospitalier de référence) ;
4. De proximité (le « pays », pour les spécialistes libéraux) ;

5. De base (pour la médecine générale, la pharmacie, les soins infirmiers et kinésithérapeutiques).

Les « territoires de santé » apparaissent dans la loi, pour la première fois avec l'ordonnance du 4 septembre 2003 (50) qui supprime la carte sanitaire pour la remplacer par un emboîtement de territoires :

- Le territoire « *régional* », pensé comme un territoire de concertation qui reprend les limites des régions administratives ;
- Le territoire « *opérationnel* », centré sur l'aire d'influence d'un centre hospitalier ;
- Le territoire « *de proximité* », centré sur les soins de premier recours.

Puis, le 5 mars 2004, la circulaire n°101 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) « *relative à l'élaboration des SROS de troisième génération* » (51) rouvre le débat de la territorialisation en santé en recommandant d'« *emprunter une voie innovante dans la définition de territoires de santé qui sont appelés à remplacer les secteurs sanitaires (...)* ». Elle définit, à son tour, 5 niveaux :

- Le *niveau de « proximité »* est le niveau des soins de premier recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien. Il correspond au bassin de santé « de base » de VIGNERON et CORVEZ ;
- Le *niveau « intermédiaire »* est structuré autour de la médecine polyvalente : c'est le premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique ;
- Le *niveau « de recours »* dispense des soins spécialisés correspondant au niveau du bassin de desserte de l'hôpital pivot du territoire concerné. C'est à ce niveau que correspond généralement le territoire de santé, territoire organisationnel de l'offre de soins. Il est au milieu de la hiérarchie et correspond au bassin de santé de référence de VIGNERON et CORVEZ ;
- Le *niveau « régional »* correspond aux prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux (exemple : la chirurgie spécialisée, la recherche...) ;
- Le *niveau « interrégional »* est réservé à certaines activités telles que la prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie.

La définition locale de ces territoires de santé reste hétérogène, notamment en matière de peuplement : par exemple, le territoire de santé de Saint-Flour (Cantal) rassemble seulement 28000 personnes alors que plusieurs métropoles rassemblant plus d'un million d'habitants constituent elles aussi des territoires de santé (52).

Finalement, la loi HPST (22) affirme le département comme territoire de santé de référence et incite à appréhender les réalités de santé de façon encore plus fine, à l'intérieur de cet échelon, au niveau local. La création des ARS et de leurs subdivisions départementales procède de cet esprit. Le « *territoire de santé* » est transversal en intégrant les soins de ville et les activités médico-sociales (52).

Cette notion a, par la suite, été modifiée par la loi du 26 janvier 2016 (53) qui institue les « *territoires de démocratie sanitaire* ». Ceux-ci ne suivent pas obligatoirement les frontières départementales (même si c'est le cas en Nouvelle-Aquitaine) mais « *doivent permettre le décloisonnement des politiques publiques, l'animation des acteurs et favoriser l'appropriation des politiques publiques par tous* ». Chacun est animé par un *Conseil Territorial de Santé* (CTS), dont nous parlerons ultérieurement (chapitre 1.2.2.2.).

Loin d'être univoque, la notion de territoire en santé est finalement assez hétérogène. La question du « bon territoire » pour la « bonne » action de santé publique est en fait inépuisable et source de réflexions constantes avec la difficulté des enchevêtrements réciproques des territoires administratifs mais aussi sanitaires (secteur psychiatrique, périmètres de coordination gérontologiques...). Comme le résume S. FLEURET (2012), « *Chaque acteur, outre son champ d'action sectoriel, est inscrit dans un périmètre qui ne*

recouvre pas totalement ceux de ses partenaires » (54). Toutefois, l'une des certitudes de ces dernières années, dans le domaine de la politique de santé, réside dans la place croissante du territoire, quelle qu'en soit la définition, et ce, de manière stable.

Nous allons maintenant tenter d'approcher le rationnel de la territorialisation en santé.

1.2.1.2. Approche rationnelle : la territorialisation en santé, pourquoi ?

L'évolution législative a été accompagnée d'un certain nombre de travaux sur la notion de territoire et sur les raisons de sa prise en compte croissante, que ce soit dans le domaine de l'épidémiologie ou des sciences sociales. Plusieurs raisons peuvent rendre compte de la dynamique de territorialisation en santé (54) :

- La prise de conscience des inégalités territoriales de santé, dont la démonstration n'est plus à faire ;
- L'installation d'un impératif de démocratie sanitaire, qui ne peut se concevoir que conjugué au local ;
- Le développement de la médecine ambulatoire, qui opère un transfert de prise en charge des établissements de santé vers le milieu ordinaire de vie et les territoires, avec un accent mis sur les « *soins primaires* » conçus comme soins en milieu de vie ordinaire (55).

Ainsi, pour N. PRISSE, « *si la personne est au centre de la réflexion, celle-ci n'a de sens que dans une approche géographique débutant au plus près du cadre de vie des citoyens* » (23).

Il s'agit néanmoins de ne pas surestimer l'impact du territoire en tant que tel, dans la survenue d'une maladie. Prenons l'exemple d'une disparité de prévalence pour une pathologie donnée entre un territoire et un autre. Pour l'expliquer, on peut faire deux hypothèses :

- Soit cette hétérogénéité est la conséquence de particularités intrinsèques au territoire (par exemple, une pollution locale). C'est ce qu'on appelle les « *effets contextuels* » (56) ;
- Soit elle est en lien avec une répartition territorialement hétérogène d'autres variables (profession, tabagisme...). On parle alors d'« *effets de composition* » (56).

A titre d'exemple, la prévalence augmentée du cancer de la plèvre dans un quartier d'immeubles par rapport à un autre, peut être due soit à une exposition à l'amiante liée au territoire en lui-même (par exemple à l'habitat), soit à d'autres variables concentrées dans le territoire où le cancer est surreprésenté (par exemple, le tabagisme, un milieu de travail commun...).

Cette distinction a un intérêt pratique puisqu'elle conditionne la tonalité des actions de santé à mener. Or, la littérature scientifique est majoritairement composée d'études écologiques dans lesquelles l'amalgame entre ces deux types d'effets est souvent présent. Cela induit deux grands risques : considérer, par excès, le territoire comme variable en soi (biais que les sciences sociales nomment « *spatialisme* » (57)), et se focaliser trop fortement sur les variables socio-économiques, en oubliant un potentiel effet propre du territoire. Il s'agit de considérations d'importance car, le fait d'isoler la variable « territoire », dans l'association avec une pathologie, revient, en d'autres termes, à étudier et déterminer, pour un individu présentant des caractéristiques et une situation socio-économique données, l'impact de son lieu de vie sur sa santé. Pour un nouvel habitant d'une ville qui choisirait son quartier de résidence, cela reviendrait à se poser la question : « *quel est le quartier qui préservera le mieux ma santé ?* ».

Pour étudier cette question, F. CHAUVIN et I. PARIZOT ont travaillé sur la cohorte *Santé, Inégalités et Ruptures Sociales* (SIRS) (58), qui a été spécifiquement constituée pour étudier les déterminants sociaux et territoriaux de santé. Menée depuis 2005, elle a suivi, en trois vagues (2005, 2007 et 2010) un échantillon représentatif de 3000 adultes de l'agglomération parisienne. Elle montre, par exemple, que la prévalence de l'obésité varie du

simple au double entre les quartiers classés en Zone Urbaine Sensible (ZUS) et ceux qui sont les plus riches de l'agglomération.

Plus précisément, l'objectif est d'analyser simultanément les impacts respectifs, et éventuellement conjugués, de caractéristiques sociales individuelles et d'autre part, de caractéristiques territoriales (par exemple, l'offre de soins). Par exemple, après ajustement des caractéristiques socio-économiques et démographiques individuelles, le recours au Frottis du Col de l'Utérus (FCU) demeure inégal en fonction des quartiers de résidence. Le niveau socio-économique du quartier dans son ensemble, les habitudes moyennes de prévention du quartier et la densité médicale du quartier sont fortement associés au recours au FCU. A contrario, ce type d'association n'est pas retrouvé, dans cette étude, pour la participation au dépistage du cancer du sein.

Ces illustrations montrent bien la difficulté de définir un territoire d'analyse et d'intervention pertinent. Il manque notamment souvent une mesure de l'exposition aux espaces réellement fréquentés par les personnes (lieu de travail, etc.). Le quartier, s'il semble pertinent en tant qu'espace et qu'il cadre « *assez bien avec la notion de communauté dans sa compréhension anglo-saxonne* » (42), reste une notion assez subjective au point que « *chacun se le représente différemment et [que] chacun y vit différemment* ».

Ainsi, on voit, à la fois, l'impact du territoire de vie sur les conditions de santé individuelles et populationnelles, tout autant que la nécessité de faire la part des choses entre influence directe du lieu de vie, et inégalités territoriales en fait médiées par des inégalités sociales et la concentration d'une même population en difficulté dans les mêmes quartiers. Pour conclure sur ce point, l'approche territoriale, comme toute politique de santé, se doit d'être questionnée afin de ne pas aboutir à des évidences trompeuses. Les travaux en ce sens demeurent malheureusement rares dans la littérature scientifique.

Nous allons maintenant sortir du champ strict de la territorialisation et présenter la dynamique citoyenne en santé.

1.2.2. L'approche citoyenne en santé

Nous l'avons vu, la notion de territoire structure de plus en plus les politiques publiques de santé. Nous allons maintenant présenter un mouvement qui contribue, lui aussi, à diversifier la gouvernance sanitaire : l'essor de la citoyenneté dans le champ de la santé, qui est la traduction concrète du développement de la démocratie sanitaire.

1.2.2.1. Santé citoyenne, santé communautaire et démocratie sanitaire : définitions et enjeux

Il est admis de rapprocher approche citoyenne de la santé et santé dite « communautaire » ou encore, « sociale ». On peut distinguer dans la notion de santé communautaire au moins trois abords :

- La santé communautaire, c'est d'abord une façon de soigner hors les murs de l'hôpital, dans le milieu de vie habituel des patients. Cela va avec le développement des soins primaires et se trouve renforcé par la politique de « *virage ambulatoire* » (59). Cette approche prend tout son sens en santé mentale, depuis le développement du secteur. Nous y reviendrons dans la deuxième partie de ce travail ;
- La santé communautaire est également une approche qui invite à prendre en compte les représentations, pratiques et habitudes des « *communautés* ». Ces dernières sont à concevoir au sens large, c'est-à-dire comme un ensemble d'individus partageant quelque chose en commun et non pas au sens de communautarisme, tel que le mot

est souvent compris, de façon péjorative, en France (60). Qu'il s'agisse d'une communauté liée par l'habitat dans le même quartier, les mêmes origines ethniques ou encore, la même orientation sexuelle, l'approche communautaire vise à prendre en compte les particularités de chaque situation pour une meilleure efficacité. Cela est d'une utilité particulière quand on évoque la promotion de la santé qui doit agir sur des déterminants de santé souvent inhérents au mode de vie, dont la valence communautaire est parfois forte. C'est un des objets de la déclaration de Jakarta de 1997 sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle (61). Notons alors que territorialisation et santé communautaire peuvent se conjuguer : territorialiser la santé c'est en effet prendre en compte les caractéristiques des personnes vivant sur un même territoire et constituant ainsi une communauté de vie. Aux Etats-Unis, la mise en place des « *Neighborhood Health Centers* », ou « Centres de santé de quartier », dans les années 90, est une illustration tant de cette prise en compte des représentations communautaires que du soin « hors-les-murs ». Sur un modèle proche, en France, des dispensaires ont été créés, notamment en banlieue parisienne, puis reconnus par un décret, en 1991, en tant que « *centres de santé* » (62) ;

- La santé communautaire est enfin, au sens de santé citoyenne, une façon de donner aux individus/patients un pouvoir d'agir, à la fois pour leurs propres soins individuels (notion d' « *empowerment* ») mais aussi dans l'élaboration des politiques de santé. La charte d'Ottawa de 1986 (63) prône une « *participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé* ». Elle insiste, de plus, sur « *la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions* ». De même, la Constitution de l'OMS affirme qu'« *une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations* » (64). En France, c'est la loi du 4 mars 2002 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* » (65) qui a été fondatrice en la matière, complétée par les lois de santé ultérieures. Si ce texte a permis une meilleure reconnaissance et prise en compte des droits individuels des patients, il promeut également un enjeu collectif, qui est bien souvent méconnu, et qui consiste à favoriser la participation de la population et des usagers à l'élaboration des politiques de santé.

Selon D. JOURDAN et al. (66), il y aurait une dynamique claire « *qui voit émerger l'approche communautaire de la santé comme l'une des modalités d'intervention des divers acteurs publics* ». Les démarches de santé communautaire doivent cependant veiller à ne pas devenir un système trop intrusif, sorte de paradigme moral « *faisant intervenir une sorte de sphère publique intérieure dans tous les aspects de la vie* » (67). Cela renverrait à un « *gouvernement des corps* » (D. FASSIN, 2006) qui conduirait, par son intégration intime dans la communauté, à « *une dangereuse déviance* ». Ainsi, une infirmière coordinatrice d'Atelier Santé Ville (ASV) (cf. 1.2.2.2.1) met en garde quant à une culpabilisation des individus sous prétexte d'approche communautaire fine : « *Il ne me revient pas d'expliquer [aux gens] comment ils doivent vivre, manger, se protéger de ceci et de cela et de m'assurer qu'ils se conduisent bien avec leur santé, leur famille et leurs voisins. Mon métier ne fait pas de moi un flic, un curé ou une dame patronnesse à l'ancienne* » (68).

On mesure, en tous cas, la multiplicité d'acteurs engagés dans une telle démarche ce qui, en sortant des cadres institutionnels, conduit à un décloisonnement des pratiques. En ce sens, les collectivités territoriales sont évidemment des partenaires naturels « *en position d'appui institutionnel* » selon B. GOUDET (69).

1.2.2.2. Exemples de dispositifs de participation citoyenne en santé en France

Dans le sillage de la loi du 4 mars 2002 (65), qui insistait sur la participation des usagers, sont apparues diverses structures organisant le partage de la gouvernance en santé (hors champ de la décision de soins strictement individuels). Nous présentons ici les principales que sont les ASV, les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et les Centres de santé et/ou maisons de santé pluridisciplinaires. Les structures spécifiques à la santé mentale seront traitées dans la deuxième partie de ce travail.

1.2.2.2.1. Les Ateliers Santé-Ville (ASV)

Les ASV sont situés à l'interface entre « *politique de la ville* » (qui désigne l'action publique centrée sur les quartiers considérés comme prioritaires du fait d'importantes difficultés de diverses natures) et politique de santé publique. Le lien entre ces deux pans de l'action publique a débuté par la création des « *Programme Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies* » (PRAPS) prévus par la loi « *relative à la lutte contre les exclusions* » de juillet 1998 (70). L'articulation de la santé avec la politique de la ville est, depuis, bien établie, notamment au sein des « *contrats de ville* », incarnation de la politique de la ville dans les territoires. En pratique, les contrats de ville sont des plans d'action pour des quartiers spécifiques (les Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)), établis de façon contractuelle par un large rassemblement de signataires (l'Etat et ses établissements publics, la région, le département, l'intercommunalité, les communes, les bailleurs sociaux, les associations, etc.). Ils reposent sur plusieurs « *piliers* », dont la « *cohésion sociale* » à l'intérieur de laquelle un investissement dans le domaine de la santé est encouragé (71). Prenons l'exemple de la région bordelaise où un contrat de ville 2015-2020 a été signé à l'échelle de la métropole, axé sur plusieurs quartiers du territoire (par exemple, le Grand-Parc, à Bordeaux, ou encore, Saige, à Pessac). Celui-ci est co-signé par le directeur de la Délégation Territoriale de la Gironde de l'ARS, et comprend une réflexion sur les inégalités sociales et territoriales de santé (72).

Les ASV sont sans doute l'expression la plus aboutie d'interaction entre les politiques de la ville et la santé. Leur existence réglementaire est acquise depuis la circulaire du 13 juin 2000 « *sur la mise en œuvre des Ateliers Santé-Ville* » (73). Issus d'un portage municipal (le plus souvent) ou intercommunal (plus rarement), ils font l'objet d'un partenariat avec l'Etat *via* les ARS. A ce titre, leur financement est mixte : selon le HCSP, les deux tiers proviennent des communes et le tiers restant, des ARS, pour un budget annuel moyen d'environ 78000 euros (74). Ce budget permet en général l'emploi d'un « *coordonnateur* » de l'ASV. Fin 2012, on comptait environ 300 ASV dont 85 en Île-de-France (75), mettant en exergue une certaine hétérogénéité territoriale. En Gironde, les communes de Bordeaux, Eysines, Lormont, Talence, Bègles et Floirac sont dotées d'au moins un ASV chacune.

S'ils sont soumis à un référentiel national (76), celui-ci demeure souple pour s'adapter au mieux aux réalités du terrain. On y distingue plusieurs lignes directrices :

- La méthode se veut « *participative* », c'est-à-dire qu'elle fait appel aux habitants des quartiers dans une logique de proximité, soit directement, soit *via* des associations exerçant sur le quartier en question. Elle implique aussi les professionnels de santé et, de façon plus large, l'ensemble des acteurs dont l'activité peut avoir un impact sur la santé dans son acception la plus globale. Le « *comité de pilotage* » de l'ASV doit naturellement lui-même être diversifié ;
- Au commencement est élaboré un « *diagnostic partagé* » qui doit faire le point sur l'offre et la demande de soins mais aussi sur l'état des lieux des déterminants de santé locaux. Les priorités d'action qui en découlent sont d'abord celles établies par les habitants. Notons que les problématiques de santé mentale sont souvent largement présentes, que ce soit de façon générale ou plus spécifique comme pour la prévention du suicide ou les conduites à risque addictologiques (77) ;

- La démarche doit être « locale », ancrée dans le territoire. A ce titre, les résultats n'ont pas vocation à être strictement reproductibles.

Ces grands principes structurants donnent le plus souvent naissance à des actions concrètes qui s'inscrivent dans une logique de santé communautaire avec, par exemple, la création de programmes de :

- Promotion de l'activité physique avec création de pistes cyclables et adaptation des activités des clubs sportifs à Clichy-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) ;
- Promotion du bien-être psychique des jeunes enfants avec participation active des familles à Aubervilliers (Seine-Saint-Denis) ;
- Déstigmatisation de la santé mentale dans le cadre de l'ouverture d'un établissement de santé mentale à Strasbourg (Bas-Rhin) (78).

Néanmoins, comme souvent en la matière, selon le HCSP, « *il reste que l'objectivation et la mesure des effets des ASV sur la réduction des inégalités sociales et territoriales sont difficiles et, de fait, quasi inexistantes* » (74).

Il nous semble fondamental de nous intéresser à la dynamique des ASV car il s'agit d'une porte d'entrée majeure de l'action municipale et intercommunale en santé telle qu'on la conçoit aujourd'hui. Sur le fond, d'abord, il s'agit d'un instrument au service de la lutte républicaine contre les inégalités sociales et territoriales de santé mais, selon C. MANNONI, ils sont également « *une chance méthodologique, puisque c'est souvent à cette échelle que les partenariats interinstitutionnels se sont construits, et que des pratiques innovantes ont été menées* » (79). Par ailleurs, d'un point de vue politique, ils ont permis aux municipalités ou intercommunalités qui s'en sont saisis, de se positionner sur les questions de santé en faisant valoir une approche particulière, centrée sur le terrain. C'est d'ailleurs du rassemblement d'élus locaux engagés dans le processus d'ASV qu'est née, en 2005, l'association « *Elus Santé Publique et Territoires* » (ESPT) (80), qui joue aujourd'hui un rôle important sur la question de la décentralisation en santé. Enfin, « *la majorité des CLS [Contrats Locaux de Santé] et CLSM [Conseils Locaux de Santé Mentale]* » s'est, selon C. MOTARD et S. TESSIER, « *greffée sur un ASV préexistant* » (78) appuyant, là encore, le rôle fondateur des ASV. Ainsi, que l'on parle de politique de la ville, de santé communautaire ou encore de place des collectivités territoriales, les ASV ont valeur exemplaire, au sens premier du terme.

1.2.2.2.2. Les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

La loi HPST a créé les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) dont la composition, le rôle et les missions sont régis par l'article L. 1432-4 du Code de Santé Publique (CSP) (81). Financée par l'ARS, la CRSA est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges parmi lesquels sont notamment représentés les collectivités territoriales, les usagers, les professionnels de santé, les organisations représentatives des salariés et des employeurs ou encore, les Conseils Territoriaux de Santé (cf. 1.2.2.2.2.3.).

Elle concourt à la politique régionale de santé, que ce soit en émettant un avis sur le PRS, ou en adressant ses propres propositions au directeur général de l'ARS. Par ailleurs, la loi dispose que la CRSA « *procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits [...] des usagers du système de santé, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises en charge* ». Il est également précisé qu'elle « *organise, en son sein, l'expression des représentants des usagers* ». Les avis de la CRSA sont rendus publics.

Pour S. FLEURET, malgré cet objectif de démocratie sanitaire dans les territoires, « *ces instances sont en réalité assez peu ouvertes au grand public et s'y expriment essentiellement des acteurs maîtrisant les codes du système de santé et son langage spécialisé* » (54). De plus, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, dans son rapport sur la Prévention du 8 février 2012, a appelé à « *renforcer au niveau*

régional le rôle des CRSA » (82). Dans le même sens, L. EL GHOZI affirme que « les instances de démocratie sanitaire [au sein des ARS] ne sont dotées d'aucun pouvoir réel » (28) et appelle à leur procurer un pouvoir de décision et non de simple instance consultative.

1.2.2.2.3. Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS)

Créés par la loi du 26 janvier 2016 (53), les CTS remplacent les anciennes Conférences de Territoire de santé. Leur rôle a été précisé par l'arrêté du 3 août 2016 « *relatif à la composition du Conseil Territorial de santé* » (83). En Nouvelle-Aquitaine, ils comprennent entre 34 et 50 membres (84), issus de quatre collèges :

- Les représentants des professionnels des services de santé ;
- Les représentants des usagers du système de santé ;
- Les représentants des collectivités locales ;
- Les représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale.

Ils participent notamment à l'élaboration du diagnostic territorial partagé, du PRS et du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) mais aussi, au suivi des CLS, que nous détaillerons ultérieurement (cf. 1.3.3.1.4.). Deux commissions spécifiques existent : l'une est spécialisée en santé mentale, tandis que l'autre organise l'expression des usagers en intégrant la participation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.

1.2.2.2.4. Les Centres de Santé et/ou maisons de santé pluridisciplinaires

Les Centres de Santé et/ou maisons de santé pluridisciplinaires sont souvent issus d'une volonté de pallier le déficit en professionnels de santé, en particulier dans les zones rurales ou les ZUS. Ils impliquent, en général, une coopération entre professionnels de santé et élus locaux au service d'un projet de santé ancré dans le territoire. A Toulouse, on peut citer la « *case de santé* » (85) : il s'agit d'une maison de santé pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...), repérée comme « *centre de santé communautaire* » dont l'action est particulièrement dédiée aux personnes en situation de précarité. La « *case de santé* » met d'ailleurs en œuvre un projet-pilote s'inscrivant tout à fait dans le cadre de la santé communautaire : « *Médiation en santé et santé communautaire combinées à un service de santé de premier recours pour une plus grande autonomie en santé des personnes 2017-2021* ». Il comprend des rencontres avec les habitants du quartiers, des déambulations de médiateurs dans le quartier, un diagnostic de santé partagé, des ateliers thématiques... (86).

Ainsi, la décision en santé, que nous avons initialement décrite comme étant très liée à l'Etat central, se décline de façon croissante selon de nouvelles modalités, que sont la prise en compte du territoire et de la citoyenneté de l'individu. Le territoire est devenu une variable majeure et l'application géographique des politiques de santé, dans toute sa complexité, un impératif structurant. Les territoires sont peuplés d'individus et de communautés, disposant de leurs pouvoirs d'agir individuels et collectifs, qui tendent à être valorisés dans une approche citoyenne. Dans ce contexte, en tant que représentants du territoire, des individus et des communautés, les acteurs politiques locaux sont des partenaires naturels. Nous allons maintenant interroger plus spécifiquement la place de ces derniers dans la politique de santé, *via* le cadre général de la décentralisation des politiques publiques.

1.3. La décentralisation : un aboutissement de la diversification de la gouvernance sanitaire ?

De façon générale et dans son sens le plus large, la décentralisation se définit par un transfert de compétences à partir de l'Etat central. Dans sa forme la plus aboutie, elle correspond au transfert de compétences vers les collectivités territoriales : municipalités, intercommunalités, départements et régions. Elle constitue donc une forme majeure de territorialisation des politiques publiques. Nous allons, dans cette partie, voir ce qu'il en est pour la santé. Nous étudierons, dans un premier temps, la situation des ARS qui, lors de leur création, ont interrogé sur leur place en matière de décision politique, notamment vis-à-vis des élus locaux. Nous nous intéresserons, dans un deuxième temps, aux déterminants de la décentralisation des politiques de santé, avant de nous focaliser sur les municipalités. Enfin, nous décrirons les prérogatives des départements et des régions en la matière.

1.3.1. Les Agences Régionales de Santé : déconcentration ou décentralisation ?

Selon l'OMS, il existe plusieurs formes de décentralisation administrative (87) :

- La *déconcentration* correspond au plus faible niveau de décentralisation. Il s'agit de la situation classique d'un transfert de responsabilités d'un gouvernement central vers des administrations et des fonctionnaires travaillant pour son compte dans les territoires. C'est, par exemple, le cas des rectorats au sein de l'Education Nationale. Selon la formule consacrée d'O. BARROT, « *c'est toujours le même marteau qui frappe, on en a raccourci le manche* » (88) ;
- La *délégation de pouvoir* est un transfert de responsabilités vers des organisations semi-autonomes qui doivent finalement rendre des comptes à l'Etat. C'est, par exemple, le cas des entreprises publiques ;
- La *dévolution* revient à transmettre la prise de décisions et l'autonomie financière à des unités locales quasi-autonomes. Ces unités ont des limites géographiques précises et peuvent lever leurs impôts. En France, les collectivités territoriales répondent à cette définition.

Cette première définition de la décentralisation correspond à son acception la plus large, souvent mise en avant dans la littérature anglo-saxonne. Elle regroupe plusieurs concepts ayant en commun la réduction des prérogatives de l'échelon central. En France, le terme a en général un sens plus restrictif, que nous privilégierons dans ce travail et qui correspond à la « *dévolution* » de la définition de l'OMS. De fait, en France, parler de décentralisation, c'est parler de transfert de pouvoir vers les collectivités locales administrées par des élus (89). Ainsi, pour G. BURDEAU, « *une activité est dite décentralisée lorsque les règles qui la commandent sont édictées par des autorités émanant du groupe qu'elle concerne. Ce qui caractérise donc un groupement territorial lorsqu'il est décentralisé, c'est son affranchissement, quant à l'activité visée, à l'égard du pouvoir central* » (90).

A ce titre, les ARS ne peuvent être envisagées comme relevant d'un réel processus de décentralisation (sens français) ou de dévolution (sens international). En outre, un an après leur création, R. SALAMON, alors Président du HCSP, exprimait ses craintes d'« *une prise en main très centralisatrice de l'Etat* » (91). De même, dans leur rapport, les sénateurs LE MENN et MILON voyaient dans la création des ARS « *plutôt une réaffirmation du rôle de l'Etat* » (21). D'autres auteurs, tels M. AUTES, pointent un affaiblissement secondaire des élus locaux, notamment régionaux, qui « *sont (...) très critiques sur le système de gouvernance des agences qui les marginalise totalement* » (92).

Les relations des élus locaux avec les ARS peuvent ainsi être conflictuelles. Les ARS entendent en outre endosser un rôle de coordination et de régulation des initiatives locales (notamment *via* les CLS) que les élus, « *lorgnant des pans du pouvoir sanitaire régalien* », contestent régulièrement (93). Un des exemples les plus fréquents concerne la fermeture de maternités dont les enjeux opposent parfois élus locaux soucieux de garder l'infrastructure

sur leur territoire et volonté de rationalisation de l'offre de soins par les ARS, allant jusqu'à faire intervenir des acteurs politiques nationaux. Par exemple, « *en 2019, le chef de l'Etat s'est opposé à des décisions de fermetures de maternités prises par les ARS, à Guingamp et à Creil* » (26).

Ainsi, assurément, la création des ARS a permis un pas majeur vers une territorialisation de la santé, c'est-à-dire vers une santé incluse dans les territoires. Pour autant, comme le souligne P. HASSENTEUFEL, « *en santé, la région [territoire d'autorité d'une ARS] est un territoire de politique publique, mais pas un territoire politique* » (94). On peut comparer la structure des ARS à celles des préfetures : présentes dans les territoires, mais assurant avant tout la continuité de l'Etat au sein de ceux-ci, sans donner de vrai pouvoir aux représentants de la population de ces territoires.

1.3.2. La décentralisation en santé : pourquoi ?

Nous nous concentrerons maintenant sur les acteurs de la décentralisation dans son sens le plus strict : les collectivités territoriales. En France, il y a bien eu un mouvement politique de décentralisation, indépendamment de la création des ARS. Après avoir resitué le contexte global de la décentralisation, nous verrons ses œuvres en santé et de quelle légitimité les élus locaux se saisissent pour agir.

1.3.2.1. Dynamique générale de la décentralisation en France

Le 15 juillet 1981, François MITTERRAND déclarait : « *La France a eu besoin d'un pouvoir fort et centralisé pour se faire, elle a aujourd'hui besoin d'un pouvoir décentralisé pour ne pas se défaire* » (95). En effet, historiquement, l'Etat est, en France, la principale instance politique. Le processus par lequel celui-ci a récupéré un grand nombre de domaines de politique s'appelle la « *centralisation* ».

Selon T. FRINAULT (11), « *La culture politique jacobine française, ignorant le local et ses particularismes (unité nationale, souveraineté nationale, intérêt général), ainsi que la théorie de l'Etat, dévoilant un système politique conçu comme attribut de l'Etat à l'exclusion de ses prolongements locaux, ont été défavorables à la prise en compte du local. L'escamotage du local s'est aussi nourri des progrès technologiques, réducteurs de l'espace de communication et de circulation. Les nouveaux médias, et ceux dits de masse, ont eux aussi participé à la nationalisation de l'ensemble des phénomènes sociaux. Le développement de l'Etat providence, à partir du XIX^{ème} siècle avec l'apparition de la question sociale et de l'assistance, et a fortiori du XX^{ème} siècle, ont également contribué à nationaliser la question sociale en centrant la société civile sur l'action et les politiques nationales. Dans l'imaginaire social, l'Etat, la nation, la République occupent des places de choix, au risque d'éclipser des imaginaires plus territorialisés* ».

En Europe, il semble pourtant que la prégnance des Etats diminue. On peut isoler trois dynamiques à l'œuvre (96) :

- Le libéralisme économique, avec la libéralisation des échanges et les coopérations économiques internationales, qui a fait perdre aux Etats de leur puissance ;
- L'intégration européenne, qui érode les prérogatives des Etats ;
- Le mouvement de décentralisation politique, qui fait perdre aux Etats une partie de leurs prérogatives.

En outre, en France, la loi du 2 mars 1982 relative « *aux droits et libertés des communes, des départements et des régions* » (97) a marqué une « *rupture séculaire dans le cours historique de la centralisation* » (11), en déclenchant le processus de décentralisation. Nous allons voir en quoi ce « *desserrement du verrou de l'Etat* » (98) s'incarne dans les politiques de santé.

1.3.2.2. Collectivités locales en santé : cadrage général

Les collectivités territoriales se saisissent aujourd'hui de la question de la santé en France. Nous allons ainsi présenter les grands contours de la décentralisation en santé. Pour beaucoup, les collectivités territoriales demeurent des acteurs mineurs en santé. Par exemple, A. TREPPOZ-BRUANT affirme qu'« *il est facile de mettre en avant l'effacement des collectivités territoriales en matière de santé publique, particulièrement depuis le recul de l'influence communale dans la gouvernance des établissements de santé* » (35).

Pourtant, la territorialisation des politiques de santé ainsi que l'essor de la démocratie sanitaire que nous avons précédemment exposés, ont légitimé l'implication des collectivités territoriales pour la santé. En effet, celles-ci sont tout d'abord le cadre géographique, le « *contenant* » de la politique nationale de santé publique. Comme on l'a vu, à titre d'exemple, l'organisation administrative des ARS suit les strates territoriales (direction régionale, départementale...). De plus, les collectivités territoriales exercent un « *pouvoir d'influence* » (35) au sein des ARS et ce, pour plusieurs raisons :

- Elles participent au conseil de surveillance de l'ARS ;
- Elles sont représentées au sein des organismes consultatifs qui la secondent tels la CRSA ;
- Elles siègent dans les « *Commissions de Coordination des Politiques Publiques* » (CCPP) de l'ARS. L'une de ces commissions est orientée vers la prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la Protection Maternelle et Infantile (PMI). L'autre est orientée vers les prises en charge et l'accompagnement médico-social (99). Elles sont aussi encouragées à signer des contrats locaux avec l'ARS mettant en œuvre le PRS. « *Ce mode d'exercice est encouragé par l'Etat pour reporter le coût des investissements sur les contribuables locaux* » selon A. TREPPOZ BRUANT (35). Il s'agit en pratique de *Contrats Locaux de Santé* (CLS). Nous les détaillerons ultérieurement (cf. 1.3.3.1.4.) ;
- Les PRS ne sont adoptés par l'ARS qu'après avis des conseils régionaux, départementaux et municipaux (23).

En dehors même du cadre du partenariat avec les ARS, les collectivités territoriales se saisissent de la santé par une approche globale de celle-ci. En effet, la vision globale de la santé, exposée précédemment, a fait sortir les politiques de santé du champ exclusivement médical. L'état de santé d'une population est largement dépendant de ses revenus, de sa situation d'emploi, des transports, du réseau de sociabilité... autant de variables (« *déterminants de santé* ») sur lesquelles le pouvoir local peut avoir une influence réelle, d'autant plus importante que, pour N. PRISSE, « *les gains de santé que l'on peut attendre, si l'on agit sur ces déterminants, sont probablement supérieurs à ceux qui résulteraient d'une action directe sur le système de soins* » (23). Cela entre aussi en résonance avec le concept de « *promotion de la santé* », défini par l'OMS comme « *un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de santé* » (100). C'est tout l'objet de la *déclaration d'Adélaïde* portée par l'OMS, en 2010, dont la France est signataire, sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (*Health In All Policies - HIAP*) (101).

L'idée est que la « *dimension santé* » soit prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques et ce aux échelons locaux, régionaux, nationaux et internationaux. C'est, par exemple, le cas pour les municipalités dans le cadre de la politique de la ville où l'action sociale et l'aménagement urbain se conjuguent avec l'action sanitaire. C'est pour cette raison que le Conseil National des Villes (CNV) a, le 13 octobre 2011, publié un manifeste sur la santé dans les QPV, dans lequel il appelle les collectivités à « *entrer dans la boucle sanitaire* » en se basant sur une conception large de la santé « *du mental à*

l'environnemental » (102). Au total, agir sur les déterminants sociaux de santé permet de légitimer une intervention des collectivités territoriales dans le domaine de la santé (41).

Voici quelques exemples d'actions de promotion de la santé dans lesquelles peuvent s'impliquer les collectivités territoriales :

- La prévention des accidents de la circulation piétonne impliquant des enfants repose sur une politique d'aménagement urbain qui sécurise l'espace public mais aussi sur des séances éducatives à destination des enfants ou encore, sur la mise en place de système de transport scolaire comme le pédibus ;
- La santé bucco-dentaire peut être améliorée par de l'éducation nutritionnelle et hygiénique mais aussi par un développement de l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus démunies ;
- Une alimentation saine peut être mise en place dans les cantines scolaires ;
- Les toxiques environnementaux peuvent aussi être appréhendés, comme les antennes téléphoniques, la pollution de l'eau potable ou les essences végétales allergisantes.

La promotion de la santé est donc un concept pertinent d'intervention des collectivités territoriales même si, selon D. OBERLE, « *les élus ont assez souvent une vision médicale et curative de la santé (...) qui tient sans doute à l'insistance croissante de l'opinion publique sur les problèmes d'accès aux soins* » (103).

Pour travailler dans le champ de la santé, les collectivités territoriales font appel à des professionnels de santé territoriaux. Ils sont environ 70000 (104) et de nombreux corps de métiers sont répertoriés (médecin, sage-femme, ergothérapeute, animateur en santé, etc.). Les médecins territoriaux étaient environ 7500 en 2010 (105), avec des missions diverses en lien avec les différentes « compétences santé » des collectivités territoriales. Le métier reste « *peu connu* » et fait l'objet d'une « *formation insuffisante* » selon F. PERRIN et G. LE MAB (105).

Nous allons maintenant voir ce qui, plus politiquement, pousse les élus locaux à s'engager dans la mise en place d'une politique de santé.

1.3.2.3. Quels enjeux politiques pour l'investissement en santé des collectivités territoriales ?

Outre les possibilités et la pertinence sanitaire présentées auparavant, nous allons nous intéresser à l'approche politique des questions de santé au niveau local. Tout d'abord, l'offre de soins peut être un facteur déterminant d'attractivité du territoire. Cela peut motiver les collectivités à s'emparer d'une politique allant dans ce sens, notamment dans un contexte où la mobilité accrue des Français a induit une dynamique concurrentielle entre territoires. Etre un territoire sûr, y compris sur le plan sanitaire (par exemple, une « *healthy city* » (68)) est assurément un facteur d'attractivité.

Ensuite, la santé est souvent considérée comme un « *impératif* », c'est-à-dire « *une valeur à défendre en elle-même* » (106), de façon universelle, au-delà du débat politique partisan (107). Cela accompagne bien la vie politique locale, souvent présentée comme dépassant les clivages politiques, au service de l'intérêt général concret et local. Ainsi, la santé serait « *un objet de politique publique légitime et incontestable tant la transgression d'une valeur universellement admise expose au discrédit politique et moral* » (108). En outre, d'après C. CLAVIER, l'appartenance partisane aurait peu d'impact sur la conception de la santé par les élus (109). Par ailleurs, quand un élu s'intéresse à la santé, il existerait deux types de légitimations personnelles (109) :

- Les élus par ailleurs soignants (médecins notamment), qui insistent sur le caractère technique de la politique de santé, impliquant leur compétence professionnelle dans l'action politique ;
- Les élus non-familiers de la santé *a priori*, qui présentent la santé comme un objet normalisé des politiques publiques, révélateur de la professionnalisation des élus et

donc de la dissociation entre compétences professionnelles et politiques. Ils affirment leur légitimité comme venant de l'élection et la proximité avec les besoins de la population.

Au total, pour L. EL GHOZI (110), plusieurs raisons doivent pousser les élus locaux à s'impliquer en santé :

- L' « *incapacité du système actuel* » à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- La « *demande croissante de la population* » adressée aux élus en termes d'offre de soins, d'accès aux soins ainsi qu'à la prévention et à la protection ;
- L' « *inefficacité des grandes campagnes nationales* » de prévention sans relais local : au contraire, elles aggravent les inégalités sociales en bénéficiant d'abord aux plus favorisés, laissant souvent de côté les populations les plus éloignées de ces flux d'informations alors qu'elles sont en général les plus à risque ;
- L' « *impact de la santé* » sur les autres secteurs ;
- Le fait que le local soit le « *lieu d'articulation* » de toutes les politiques thématiques en dehors du champ strict de la santé, qui sont *autant de ses « déterminants »*, plaçant les élus comme « *opérateurs de la transversalité* » pour reprendre les mots de M. AUTES (92).

On peut enfin citer la position du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui, dans son projet de réforme à l'attention des candidats à l'élection présidentielle de 2017 (« *Construire l'avenir à partir des territoires, la réforme voulue par les médecins* »), encourage une politique de santé « *co-construite au niveau des territoires (...) avec une vraie représentation et une vraie implication des élus locaux* » (111). P. BOUET, président du CNOM, ajoute : « *Il n'est plus possible de continuer à exclure les acteurs politiques de terrain de l'organisation des soins* » (112).

Finalement, les responsabilités des élus locaux en matière de santé « *sont considérables, même si beaucoup d'entre eux l'ignorent encore* » (28). Il faut noter, en outre, l'implication croissante des collectivités territoriales dans la Société Française de Santé Publique (SFSP) (113), association créée en 1877 et comptant « *de plus en plus de membres issus des collectivités territoriales* » (114).

1.3.3. Place des collectivités territoriales dans la politique de santé : focus sur les municipalités

En termes de prérogatives spécifiques, les compétences des collectivités semblent insuffisamment différenciées de celles de l'Etat (115). Pour autant, on peut distinguer plusieurs grands axes. Nous commencerons par explorer le champ d'action des municipalités.

1.3.3.1. Exposé des compétences des municipalités

Les municipalités « *n'ont pas de compétence obligatoire* » en dehors de l'alerte sanitaire (116) et de la lutte contre l'insalubrité. Rappelons, sur ce dernier point, que le maire est doté d'un « *pouvoir de police administrative* » au nom de la commune qui correspond, en pratique, à un pouvoir de police général s'appliquant notamment par la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques (« *police sanitaire* ») (117). Remarquons que les municipalités peuvent néanmoins s'engager dans les actions qu'elles souhaitent en utilisant la clause de compétence générale, dispositif qui permet de disposer d'une « *capacité d'intervention générale sans qu'il soit nécessaire que la loi procède à une énumération de ses attributions* » (118). Celle-ci ne concerne maintenant plus que les communes, après sa suppression pour les départements et les régions par la loi du 16 décembre 2010 (36), confirmée par la loi NOTRe du 7 août 2015 (art. L. 2121-29 du Code Général des Collectivités Territoriales, CGCT) (119). Par ailleurs, les municipalités peuvent prendre en

charge certaines compétences attribuées au département (cf. 1.3.4.1.), « à la suite de la signature d'une convention », en recevant la dotation générale de décentralisation correspondante.

De façon plus précise, on peut individualiser :

1.3.3.1.1. Action générale de prévention

Les municipalités assurent une action générale de prévention, avec :

- La lutte contre les nuisances, pollutions et fléaux (articles L. 2213-4 (120) et L. 2212-2 du CGCT (121)) et la possibilité d'engagement dans des actions de prévention plus spécifiques : à titre d'exemple, on peut citer la participation de certaines communes dans la mise en pratique du *Programme National Nutrition Santé* (PNNS) (122). Il s'agit d'un programme ministériel visant à mettre en pratique les recommandations du HCSP sur la nutrition-santé. La ville de Toulouse est particulièrement engagée en la matière (108). La prévention peut aussi prendre la forme d'action de vaccinations (à l'instar de la ville de Paris qui dispose de sept centres de vaccination (123)) ;

- La promotion de l'hygiène et la lutte contre l'insalubrité, avec notamment les **Services Communaux d'Hygiène et de Santé** (SCHS), créés par la loi du 22 juillet 1983 (124) et régis par les articles L. 1422-1 (125) et L. 1422-2 (126) du CSP, qui ont pour activité historique l'hygiène et la lutte contre l'insalubrité, du fait d'une préoccupation ancienne des pouvoirs publics pour l'habitat et sa salubrité (lutte contre les bidonvilles dans les années 70, lutte contre le saturnisme dans les années 90, etc.).

L'habitat insalubre intrique des enjeux environnementaux et sociaux car il concerne les populations les plus défavorisées. Il est donc, selon L. GINOT, « *l'une des voies de passage entre les inégalités sociales de santé et les inégalités territoriales de santé* » (127). En outre, la salubrité de l'habitat prévaut sur le droit de propriété et « *autorise le préfet ou le maire à procéder d'office à des travaux, aux frais du propriétaire* » (127).

L'action des SCHS peut être néanmoins plus variée (désinsectisation, nuisances sonores, surveillance sanitaire alimentaire...): « *Si le cœur de leurs missions reste l'insalubrité, ils ont développé au fil du temps de multiples activités. La dénomination SCHS disparaît et le positionnement au sein de la collectivité varie. Ce sont les maires qui fixent les activités et donnent les orientations à ces services* » (128). Ils sont composés de fonctionnaires municipaux, chargés d'appliquer la politique de l'Etat, en substitution partielle de l'ARS, touchant pour cela une dotation *ad hoc*. 208 villes sont dotées de ce service, principalement des communes notablement peuplées (127).

Ainsi, le paysage des SCHS oscille entre services *a minima* purement techniques, et véritables services de santé publique pilotant la politique de santé de la commune (128) soit, finalement, entre « *fonctions traditionnelles et aspirations globalisantes* » (108). En outre, ils peuvent piloter la réalisation des Plans Municipaux de Santé (PMS), travail synthétisant la politique municipale de santé, comme à Grenoble (129) ;

- Le devoir d'alerte et de **veille sanitaire**, par le signalement des menaces imminentes pour la santé de la population et la transmission des informations à Santé Publique France (article L. 1413-15 du CSP (130)), ainsi que la tenue d'un fichier de personnes vulnérables utilisable en cas de risques exceptionnels (article L. 121-6-1 du code du CASF (131)). Ce rôle a été particulièrement utile lors de la crise sanitaire du COVID-19 ;

- La gestion de **services municipaux de santé scolaire**. Si la santé scolaire est d'ordinaire dévolue à l'Education Nationale (article L. 541-1 du Code de l'éducation (132)), les communes ont la possibilité, à titre dérogatoire, d'exercer cette mission. Il s'agit essentiellement d'une activité de prévention et de dépistage. En mars 2018, 11 communes françaises étaient concernées : Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lyon, Nantes, Rennes, Grenoble, Paris, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne (133). A noter que la situation de la médecine scolaire est amenée à évoluer, une circulaire du Premier Ministre du 15 janvier 2020 évoquant un possible passage sous compétence départementale à l'occasion d'une prochaine loi de décentralisation (134).

1.3.3.1.2. Possibilité de déployer des mesures incitatives pour favoriser l'installation de professionnels de santé

Les municipalités disposent de la possibilité de subventionner la construction **d'équipements sanitaires** ou de financer des aides destinées à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins (article L.1511-8 du CGCT (135)). Une démographie médicale en baisse associée à une demande de soins en hausse ont en effet contribué à interpeller les collectivités sur la question de l'offre de soins. Cela est renforcé par l'appétence de plus en plus grande des jeunes médecins pour l'exercice salarié offrant « *des revenus réguliers, un temps de travail encadré, une meilleure protection sociale, la possibilité de transfert vers l'établissement employeur de la responsabilité en cas d'erreur médicale, l'allègement des charges financières et administratives liées à la gestion d'un cabinet* » (136).

Par exemple, cela peut prendre la forme d'une aide à la création d'une **maison de santé**, rassemblant des professionnels de santé libéraux désireux de travailler en équipe. Une municipalité peut faciliter la question immobilière, aider à la recherche de subventions publiques, mettre à disposition des moyens (secrétariat...) (137).

Plus engageante, la possibilité de créer un **centre municipal de santé**. Anciennement, ils étaient les « *dispensaires municipaux* », créés, pour majorité, dans l'entre-deux-guerres dans les banlieues parisiennes défavorisées. Ils sont aujourd'hui une centaine (138), essentiellement en région parisienne, et de formes variables : centres de soins infirmiers, dentaires, médicaux... Leur existence semble aujourd'hui menacée dans un contexte de baisse des finances des collectivités locales, de pénurie médicale et d'inadaptation du statut de la fonction publique territoriale à certaines professions de soin (138).

1.3.3.1.3. Implication dans la gouvernance des établissements de santé et médico-sociaux

Les municipalités sont impliquées dans la gouvernance des établissements de santé et/ou médico-sociaux avec :

- La possibilité de gérer un **établissement à caractère médico-social** (par exemple, un Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) - article L. 311-1 du Code l'Action Sociale et des Familles (CASF) (139)) ;
- La participation aux **conseils de surveillance** des centres hospitaliers de leur territoire. Historiquement, les élus locaux participaient au « *conseil d'administration* » de l'hôpital, organe de gestion opérationnelle, qui venait compléter le pouvoir du directeur de l'hôpital. Le maire de la commune en était, de droit, le président. La

proportion d'élus y siégeant a néanmoins diminué au fil des années (en moyenne 33 % des membres en 1958 versus 14 % en 1996 (140)).

La loi HPST a remplacé le conseil d'administration par un « *conseil de surveillance* », doté de moindres pouvoirs (article L. 6143-1 du CSP (141)). Surtout, le maire de la commune n'en est plus, de droit, le président puisque celui-ci « *est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées* » (article L. 6143-5 du CSP (142)). Ceci peut être justifié par l'importance de l'aire d'influence d'un établissement hospitalier, dépassant en général largement le territoire communal et rendant moins légitime la présidence de droit par le maire de la commune où se trouve l'établissement. Pour autant, le débat relatif à la gouvernance hospitalière reste actif, questionnant les places respectives des directeurs d'hôpitaux, des soignants et des élus locaux. En outre, certains élus demandent à y retrouver une place plus importante (143). Une tribune publiée par O. BONNOT, A. PELISSOLO et N. POMMEPUY, dans le journal Libération, le 12 mai 2020, au cours de la crise du COVID-19, appelle à une nouvelle gouvernance sanitaire « *sous la responsabilité d'un trio médecin – administratif – élu* » (144).

1.3.3.1.4. Collaboration avec les ARS

Les municipalités participent à plusieurs **commissions au sein des ARS** (par exemple, la CRSA) et ont la possibilité d'établir un **Contrat Local de Santé (CLS)** avec l'ARS. Les CLS sont mentionnés pour la première fois dans le cadre du plan *Espoir banlieue*, en 2008 (145), avant d'être repris dans la circulaire interministérielle du 20 janvier 2009 « *relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé* » (146). Leur existence est consacrée par la loi HPST avec la création d'un article L. 1434-17 du CSP (147) qui dispose que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social* ». Le territoire doit correspondre à une communauté de besoin. Il est donc variable et peut être communal, intercommunal voire départemental.

Les CLS sont finalement signés par le responsable de la collectivité territoriale (par exemple le maire) et le directeur de l'ARS. Néanmoins, d'autres acteurs peuvent être signataires, comme la préfecture, l'Assurance Maladie, les centres hospitaliers, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) sans compter une multitude d'autres partenaires (associations, directions locales d'administrations étatiques comme la Direction Départementale des Services de l'Education Nationale...) (148). De façon notable, « *il s'agit d'une contractualisation entre partenaires et non pas de relations tutélaires* » (149). La démarche est à la fois ascendante (des habitants aux autorités) et descendante (de l'ARS vers les territoires).

Les CLS visent à synthétiser les différentes initiatives de santé, qu'elles relèvent du PRS ou de démarches locales (Agenda 21, ASV...), et pas à se substituer aux démarches préexistantes. Ils reposent normalement sur un diagnostic local partagé et sur une approche transversale de la santé avec pour ambition de parvenir à une baisse des inégalités sociales et territoriales de santé (149). En milieu urbain, ils sont essentiellement orientés sur la prévention ; en milieu rural c'est en général la question de l'offre de soins qui est la plus prégnante (23). En outre, dans les quartiers prioritaires, « *l'articulation entre les CLS et le volet santé des CUCS constitue un enjeu important* » (150).

La définition du territoire de santé pertinent pour l'élaboration d'un CLS reste ouverte et négociable au cas par cas, en l'absence de contrainte légale. Aussi, cette question fait parfois l'objet de négociations entre l'ARS et les collectivités territoriales : « *le choix de ce périmètre est éminemment stratégique car il est à la fois un espace géographique, un*

regroupement d'acteurs et une arène politique. Il a donc parfois fait l'objet de négociations avec les élus locaux, soucieux de faire coïncider le périmètre proposé par l'ARS avec celui de leurs territoires d'action et d'élection » (5). Cette dimension est renforcée par la « *relative autonomie financière et politique* » des collectivités. Selon N. HASCHAR-NOE et al., la signature d'un CLS permet finalement aux élus locaux d'« *affirmer ou de consolider leur légitimité à intervenir en santé* » (5).

En dehors même de la question du territoire d'action, l'élaboration du CLS est parfois sujette à de virulentes polémiques. N. HASCHAR-NOE et al. rapportent la création d'un CLS en territoire rural dont la signature a pris 33 mois au lieu des 7 prévus par l'ARS avec une « *méfiance réciproque* » entre ARS et élus locaux, « *ces derniers refusant de se plier aux diktats de l'ARS* ». Sa mise en œuvre se serait faite sur la base d'un engagement « *informel* » de l'ARS envers les élus locaux de ne pas fermer le plateau chirurgical local en échange de leur participation au CLS (5).

Selon les auteurs, un fonctionnement « *bottom-up* » est plus efficace qu'un fonctionnement « *top-down* » qui reviendrait à l'imposition, par l'ARS, du CLS comme simple déclinaison du PRS. De même, un « *portage politique par les élus locaux* », une initiation par le biais d'un « *diagnostic partagé* », un « *nombre restreint de signataires* » couplés à « *une intense coordination des ressources de proximité* », une ingénierie dans la « *conduite de projet* » et une participation des habitants et des représentants d'usagers seraient les principaux éléments de bon fonctionnement d'un CLS. Ce dernier point reste souvent problématique, les enjeux des CLS restant « *relativement opaques pour le grand public* » (151). On peut enfin regretter qu'ils restent optionnels et sans exigence de contenu (28). Toutefois, selon S. FLEURET, ils constituent « *un pas qui, même timide, pourrait conduire vers une véritable construction locale de la santé* » (54).

En outre, certaines municipalités se sont engagées au sein du « **Réseau français des villes-santé** » (152), découlant du projet Villes-santé, lancé par l'OMS en 1986. En janvier 2020, 86 villes (dont Bordeaux et Biarritz) et 6 intercommunalités (dont Bordeaux Métropole) étaient membres du réseau qui est destiné à accompagner les villes dans l'élaboration de leur politique de santé. Il met en avant trois dimensions particulières, selon V. JURIN (153) :

- L'approche territoriale des questions de santé ;
- L'action sur les déterminants de santé ;
- La lutte contre les inégalités sociales de santé.

Face à la multiplicité des enjeux et des acteurs, l'important est « *une articulation locale efficiente des dispositifs (...)* » et une « *coordination fine* » entre les différents partenaires (153).

Finalement, le maire a une place centrale dans la politique de santé de sa commune « *parce qu'il connaît sa population, parce qu'il est informé de ses besoins, parce qu'il détient de nombreux leviers d'action sur les déterminants de santé (...), parce que enfin, il a, seul, le pouvoir de rassembler autour de lui tous les acteurs de santé, habitants compris (...)* » (28). Par son action sur les déterminants de santé, « *le maire semble être, de l'avis de l'INPES [devenu Santé Publique France], l'interlocuteur à privilégier pour assurer la diffusion des actions et des pratiques de prévention* » (154).

1.3.3.2. L'exemple de Nanterre

Nanterre a été une ville pilote dans la politique municipale de santé, notamment sous l'impulsion du Dr L. EL GHOZI qui y a été maire adjoint en charge de la santé entre 1989 et 2008. Plusieurs actions concrètes ont été entreprises sur cette commune qui se caractérisait non seulement par un niveau économique inférieur à la moyenne française et un taux élevé de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) mais aussi, par un taux important de mortalité évitable et précoce et une faible offre

de soins libérale. Cela a abouti à la création d'un véritable *service municipal de santé* comprenant :

- Trois *centres de santé municipaux*, regroupant des médecins (généralistes et autres spécialistes), des infirmiers, des kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes. Les consultations spécialisées ne sont créées « *que si elles sont absentes de la ville ou n'existent qu'en secteur II, si elles ont une forte valeur préventive (tabac, diététicien), sont en cohérence avec les priorités de santé publique ou relèvent de besoins nouveaux non couverts* » (110), en faisant au maximum appel à des spécialistes hospitaliers ;
- Un *service prévention et santé publique* chargé de l'ASV, de l'observatoire local de santé (chargé de récolter des données de santé, comme les médicaments consommés, les pathologies principales... (110)), de l'espace santé jeunes et du centre médico-sportif.

La politique de santé a été formalisée sous forme d'un PMS. Des actions diverses ont été impulsées dont voici quelques exemples :

- Consultation d'un psychologue à PMI ;
- Présence d'un « *village santé* » pendant les fêtes de quartier ;
- Actions en faveur de la santé des femmes, des migrants et des étudiants ;
- Actions de promotion de la santé buccodentaire dans les écoles ;
- Actions d'éducation nutritionnelle dans les écoles et collèges ;
- Création de « *points d'écoute* » dans les collèges ;
- Actions de promotion de la santé des jeunes en foyers jeunes travailleurs ;
- Création d'un CLSM et d'une consultation psychologique à la maison des adolescents.

1.3.3.3. Place des intercommunalités

Les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI), c'est-à-dire les métropoles, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines, les communautés de communes et les syndicats intercommunaux ont aussi des compétences à faire valoir en santé. L'adhésion de chaque commune à un EPCI est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2013, disposition prévue par la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010 (36).

La compétence santé ne fait pas partie, en tant que telle, des compétences légales des EPCI. En outre, ceux-ci ne bénéficient pas de la clause générale de compétence et sont soumis au principe de spécialisation. Néanmoins, en vertu de l'idée de « *santé dans toutes les politiques* » et de l'étendue des déterminants de santé, la préoccupation sanitaire peut s'exercer à leur échelle, comme à Toulouse (68) ou Bordeaux (27). Par exemple, la compétence « *qualité de l'air* » est, depuis la loi du 17 août 2015 « *relative à la transition énergétique pour la croissance verte* » (155), une compétence exclusive des intercommunalités de plus de 20000 habitants *via* l'élaboration des « *Plans Climat Air Energie Territoriaux* » (PCAET) (156). De plus, la loi prévoit une possibilité d'envisager une action, notamment dans le domaine social, au sens large du terme, si celle-ci se fait « *dans l'intérêt communautaire* » (article L.5216-5 du CGCT (157)), ce qui « *permet de moduler l'étendue des transferts de compétences* » entre communes et intercommunalités. Les communes peuvent, en outre, mutualiser certains de leurs services à l'échelle de l'EPCI dont elles font partie. Cela peut concerner par exemple les SCHS (156).

Concrètement, un EPCI, de même qu'une commune ou qu'un département peut signer avec l'ARS un CLS. Par ailleurs, un EPCI peut s'engager pour l'offre de soins, y compris en dehors d'un CLS. A titre d'exemple, la communauté de communes de la vallée de la Bruche (Bas-Rhin) a ainsi installé une maison de santé dans le village de Saâles dans un immeuble dont elle est propriétaire et qui a été rénové et géré par ses soins. Elle a fait la

même chose pour une clinique dont elle est propriétaire, mais qui est gérée par un groupe hospitalier qui lui verse un loyer. En collaboration avec ce dernier, a été développé le dispositif de « *Médecin correspondant du Service d'aide médicale d'urgence* » pour améliorer la prise en charge des urgences dans ce territoire où le temps d'intervention du SAMU était élevé (151).

Dans la métropole bordelaise, c'est l'échelon intercommunal (Bordeaux Métropole) qui s'est imposé comme l'interlocuteur privilégié de l'ARS : le CLS est d'ailleurs signé par Bordeaux Métropole dont l'engagement remplace une signature commune par commune (158). Néanmoins, ce choix d'échelle a fait l'objet de débats. La ville de Bordeaux, sous l'impulsion d'Alain JUPPE a, au début, signé, seule, un CLS. Il semblerait que l'ARS ait, pour sa part, rapidement privilégié l'échelle intercommunale en résistant « *à d'autres initiatives municipales, quitte à contrarier les velléités locales* » d'édiles municipaux d'autres communes de la métropole aspirant à signer un CLS en leur nom propre (27). Cette métropolisation progressive de la question s'est accompagnée d'un « *important travail de pédagogie et d'enrôlement afin de faire reconnaître la compétence métropolitaine en santé* ». Cela a pu attiser des craintes, par exemple pour les coordinateurs d'ASV employés par des communes de la métropole (« *Ma hiérarchie [municipale] s'interroge sur le fait de continuer à avoir une politique de santé si la métropole s'implique dans ce secteur* »).

Ce débat est, entre autres, fondé sur la question du meilleur territoire d'action : quartier, commune ou métropole ? En témoigne cette parole recueillie sur le terrain par HONTA et BASSON : « *avec le CLS, on s'éloigne du local* » (27). L'articulation entre CLS et ASV (qui préexistait au CLS) a aussi dû se concevoir : leurs logiques sont à la fois proches et différentes, l'un étant un dispositif à destination des QPV, l'autre, de droit commun, à destination de l'ensemble de la ville. Sur ces considérations sont venues se greffer des inquiétudes de gouvernance politique de la part des municipalités, craignant de subir « *une gouvernance verticale et centralisée* » sur fond d'invisibilité (« [les communes] *ne disposent pas toutes d'un référent santé et la plupart des élus chargés de ces prérogatives ne possèdent pas de mandat métropolitain* »). Politiquement, certains notent que la gouvernance de la métropole est plus adaptée aux questions de santé (davantage perçues comme transpartisanes) car plus consensuelle que les gouvernances des communes. Pour mémoire, la métropole bordelaise a longtemps été marquée par la pratique de la « *cogestion* » héritée de Jacques Chaban-Delmas, c'est-à-dire un exercice du pouvoir partagé entre les différents groupes politiques, à la recherche de consensus.

1.3.4. Compétences des autres collectivités territoriales

L'objectif de cet exposé est de reprendre de façon synthétique les différentes prérogatives des autres collectivités territoriales en santé : départements et régions. En matière de santé, leurs compétences sont réparties comme indiqué ci-après (159) :

1.3.4.1. Pour les départements

Le département est la collectivité principalement compétente pour assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (article L. 1423-1 du CSP (160)). Ainsi l'action des départements concerne avant tout le secteur médico-social avec, dans son volet sanitaire :

- L'organisation des services de santé maternelle et infantile, notamment ceux de PMI. Ceux-ci ont été créés par l'ordonnance du 2 novembre 1945 (161) et leurs missions sont définies par les articles L. 2111-1 (162) et L. 2112-1 (163) du CSP. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires qui dispensent des consultations médicales, des visites à domicile, des actions de soutien aux familles, des actions centrées sur les mineurs en danger, des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite

enfance, des activités d'épidémiologie dans le domaine de la maternité et de la petite enfance. Il existe une « *forte disparité entre départements* » selon BAYAD (138) ;

- Le financement des **Services Départementaux d'Incendie et de Secours** (SDIS) pouvant réaliser les premiers soins aux victimes et le transport de celles-ci vers les hôpitaux (loi du 3 mai 1996 « *relative aux services d'incendie et de secours* » (164)) ;
- La possibilité de conduire des actions de vaccination, de dépistage des cancers, de lutte contre la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles (initialement définie par la loi du 22 juillet 1983 « *relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat* » (124)) ;
- La participation à certaines **commissions** au sein des ARS (par exemple, la CRSA), la collaboration quant à la mise en œuvre des PRS et la possibilité de signer un CLS avec l'ARS (article L. 1434-17 du CSP (147)), sans oublier la consultation dans le cadre de l'élaboration des PRS (décret du 26 juillet 2016 « *relatif au projet régional de santé* » (165)) ;
- L'attribution d'aides pour **l'installation ou le maintien de professionnels de santé** dans les zones déficitaires en offre de soins ou la réalisation d'équipements sanitaires (article L. 1511-8 du CGCT (135)). Par exemple, cela peut prendre la forme d'indemnités de logement ou de transport à destination des étudiants de troisième cycle des études médicales effectuant un stage dans une zone déficitaire (136). Il peut aussi s'agir du financement de maisons de santé, qu'il soit direct (exemple de la Lozère (166)), ou indirect *via* une aide départementale versée à la commune (exemple de la Meurthe et Moselle) (167). On peut également citer la création d'un site Internet visant à mettre en réseau les professionnels de santé, comme dans la Manche (136) ;
- La conduite de politiques autour du **handicap** (par exemple *via* la gestion des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), article L. 146-4 du CASF (168)). Nous reviendrons sur les données liées au handicap psychique dans la deuxième partie de ce travail ;
- Le devoir **d'alerte sanitaire** (article L. 1413-15 du CSP (130)).

1.3.4.2. Pour les régions

La région a pour mission le développement sanitaire *via* la formation professionnelle, le développement économique et l'aménagement du territoire notamment (article L. 4221-1 du CGCT (169)). Selon M. AUTES, « *aujourd'hui, chaque Conseil régional a élaboré des politiques de santé* » (92). Parmi ses prérogatives, on peut citer :

- L'organisation et le financement des formations initiales sanitaires et sociales au sein des **Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et d'Aides-Soignants (IFAS)** (article L. 4383-5 du CSP (170)) ;
- La participation à certaines **commissions** des ARS (par exemple, la CRSA), la possibilité de signer un CLS avec l'ARS (article L.1434-17 du CSP (147)) et la consultation dans l'élaboration des PRS (décret du 26 juillet 2016 « *relatif au projet régional de santé* » (165)) ;

- La contribution au financement d'**équipements** sanitaires et l'attribution d'**aides pour l'installation ou le maintien de professionnels** de santé en zones sous-dotées (article L. 1511-8 du CGCT (135)) ;
- Le soutien aux entreprises de la sphère sanitaire de son territoire, souvent autour d'activités liées aux nouvelles technologies de la santé ou aux biotechnologies (compétence de développement économique donnée par l'article L. 4221-1 du CGCT (169)) ;
- Le devoir de veille sanitaire (article L. 1413-15 du CSP (130)).

Ainsi, F. JEANSON, conseillère régionale de la région Nouvelle-Aquitaine déléguée à la Santé et à la *Silver Economie* (cette notion désigne l'ensemble des activités économiques en lien avec les seniors), rencontrée à l'occasion de ce travail, insiste sur la « transversalité » permise par les compétences de la région : « *En Nouvelle-Aquitaine, on pense à la santé quand on fait de l'aménagement du territoire ou du développement économique. Il y a une vraie volonté politique, en particulier d'aide au développement de la e-santé (notamment en addictologie) et de soutien aux starts-up du secteur, parfois en allant jusqu'à entrer au capital. On a aussi accompagné le projet I-Share, centré sur la santé des étudiants* ».

Au total, l'action des collectivités territoriales est hétérogène. Il s'agit souvent d'actions potentielles, plus que d'obligations clairement établies, que ce soit pour les municipalités, les intercommunalités, les départements et les régions. L'ensemble détermine néanmoins une vaste panoplie de mesures, pouvant permettre la construction d'une véritable politique de santé décentralisée et territorialisée, aux côtés de la politique de l'Etat déclinée par les ARS.

Nous concluons ainsi la première partie de ce travail, consacrée à la décision politique en santé. Comme nous avons pu l'observer, la décision sanitaire est, en France, loin d'être univoque. Elle mobilise de nombreux acteurs. Parmi ceux-ci, la place de l'Etat est bel et bien celle d'un « *chef d'orchestre* ». Les déterminants historiques et idéologiques en sont nombreux, héritiers d'un pays dont la Nation s'est constituée à partir de l'Etat central.

Pour autant, une politique de santé, même étatique, ne peut aujourd'hui se concevoir au travers d'une observation et d'actions trop éloignées du terrain. C'est toute la notion de territoire qui, en 2020, est une clef majeure des politiques de santé. La création des ARS en procède largement. Pour autant, il faut, scientifiquement, toujours questionner les notions dont l'opportunité pourrait apparaître évidente. A ce titre, les bien-fondés de l'approche territoriale demeurent insuffisamment explorés dans la littérature scientifique, notamment française.

C'est en parallèle de ce contexte qu'est née et a évolué la démarche de santé citoyenne. Avec un même intérêt porté aux territoires et à leurs habitants, elle repose sur une implication de l'individu-citoyen-usager dans la politique de santé. A ce titre, elle mobilise largement, jusqu'aux élus locaux. Ceux-ci sont, à leur tour, de plus en plus impliqués dans les problématiques sanitaires.

La décentralisation, fait majeur de notre histoire politique moderne, concerne aussi la santé. Encore trop peu identifiée, peut-être pas assez clairement définie, l'action sanitaire de ces dernières offre pourtant de larges potentialités. La récente crise du Coronavirus-COVID 19 l'a encore montré, du côté des communes (171), des départements (172) ou des régions (173).

Après nous être intéressés à la santé en général, nous allons appliquer ces considérations à un champ spécifique des politiques publiques de santé : la santé mentale. Cette dernière constitue en effet, au-delà d'un simple exemple, un prototype de l'action des collectivités en santé.

2. IMPLICATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES EN SANTE MENTALE

Si la santé est politique, la santé mentale l'est particulièrement. Par la prévalence de ses troubles, par leur impact sur l'espace public, par les conséquences médico-économiques qu'ils engendrent, par la nature même du trouble psychiatrique, la psychiatrie est une discipline présente sur la place publique, « *dans la cité* », et par là-même éminemment politique.

Quelques données épidémiologiques permettent de quantifier ce contexte : la prévalence des troubles psychiatriques en population générale est élevée. L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques est, de plus, notablement réduite, en moyenne de 9 ans (174). Enfin, les troubles psychiatriques sont la première cause d'invalidité professionnelle en France (175). Il s'agit aussi du plus gros poste de dépense de l'Assurance Maladie, représentant 20.3 milliards d'euros en 2017, devant le cancer et les maladies cardio-vasculaires (176).

De plus, si la psychiatrie a longtemps été « *asilaire* », la seconde moitié du XX^{ème} siècle a vu les choses changer. Sous l'effet, entre autres, de l'arrivée des premiers médicaments psychotropes (177) mais aussi d'une évolution des pratiques, les personnes souffrant de troubles psychiques ont davantage évolué dans la société.

Pour ces motifs, les troubles psychiatriques ont donc toutes les raisons d'interpeller la société et le politique. Dans la ville, à défaut ou en complément d'autres moyens de médiation, pour initier un lien dans une situation difficile, la psychiatrie sert parfois « *d'amorce, comme ont pu l'être antérieurement la religion, les syndicats, les partis politiques* » (178). Certains, craignant des excès, alertent sur les risques d'une « *psychologisation des risques sociaux* » (179) avec une psychiatrie qui, ne s'occupant plus seulement de la « *folie* » au sens classique du terme, prendrait alors trop de place dans la société.

Parallèlement, la vision de la psychiatrie par ses praticiens a évolué. Si l'approche médicale psychiatrique (au sens strict du terme) est restée longtemps dominante dans la vision des troubles psychiques, le spectre d'analyse semble s'être élargi, conforté par l'avènement de la notion de « *santé mentale* ». Pour l'OMS, la santé mentale est « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* » (180) ». Analysé notamment dans le rapport PIEL-ROELANDT de 2001 « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » (181), cet élargissement a au moins deux conséquences :

- Une approche s'intéressant à ce que peut être une bonne santé mentale, conçue de façon positive, en résonance avec la promotion de la santé, décentrant d'une seule réflexion autour des troubles psychiques ;
- Une approche multi-partenariale, y compris autour des troubles psychiatriques, qui ne doivent pas relever exclusivement de la psychiatrie, mais bien de toute la société : acteurs sociaux, politiques, associatifs, citoyens, etc. Le dispositif de soins psychiatriques apparaît fondamentalement nécessaire, mais pas suffisant. Ainsi, pour J-L. ROELANDT, « *depuis 50 ans a été confiée à la psychiatrie seule (et malheureusement seule) l'ensemble de la question de la santé mentale (...). Or, cette question ne peut se concevoir qu'avec la participation de toute la société (...). L'enjeu est de réintroduire la question de la santé mentale en tant qu'élément de la santé publique, dans le débat politique et social* » (179).

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux rôles du politique et plus spécifiquement des collectivités territoriales dans la politique de santé mentale. Dans un premier temps, nous verrons le cadre général dans lequel peut s'inscrire l'action politique : il s'agit des politiques françaises de sectorisation psychiatrique, prémisses de la formalisation

plus récente de la territorialisation en santé mentale et synchrones du mouvement international de psychiatrie citoyenne. Dans un deuxième temps, nous concentrerons notre attention sur l'action des municipalités en santé mentale, dont nous avons vu qu'elles peuvent jouer un rôle majeur dans le domaine de la santé. Nous aborderons ensuite l'initiative des CLSM qui se situe aux carrefours de l'action politique municipale et de l'intervention d'un ensemble d'acteurs de santé mentale. Enfin, nous étudierons les marges de manœuvre des autres collectivités, départements et régions, en santé mentale.

2.1. Secteur psychiatrique, territorialisation et santé mentale citoyenne

On ne peut pas aborder l'action politique locale en santé mentale sans l'intégrer dans le contexte plus général de la sectorisation psychiatrique. En France, la seconde partie du XX^{ème} siècle, voit la formalisation d'une initiative novatrice, désormais pérenne : la « *psychiatrie de secteur* ». Celle-ci préfigure ce qui, des années plus tard, constituera une approche de territorialisation de la santé, appliquée en santé mentale, avec notamment les PTSM, que nous présenterons dans un deuxième temps. Enfin, parallèlement à cette histoire française, les dernières décennies ont vu se développer, à l'international, le mouvement de « *psychiatrie citoyenne* », que nous étudierons en dernier lieu.

2.1.1. Secteur psychiatrique

L'organisation générale des soins psychiatriques en France est marquée par la coexistence d'une offre de soins publique (Etablissements Publics de Santé Mentale, EPSM) et d'une offre de soins privée (psychiatres libéraux et cliniques privées). Il existe aussi des structures de statut associatif.

L'organisation de la psychiatrie publique est élaborée selon une approche géographique : le « *secteur* ». Ce dernier correspond à une zone géographique délimitée, au sein de laquelle une équipe pluridisciplinaire a la responsabilité de l'offre de soin, aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation, dans une logique préventive et curative. Une personne recourant à des soins de psychiatrie publique sera donc orientée en fonction de son lieu d'habitation vers l'équipe de secteur dédiée. Néanmoins, le droit général au libre choix de son praticien et de son établissement de soin reste la règle légale (182) et la sectorisation n'y est pas opposable. Pour des soins requérant une spécialisation particulière ou pour des populations spécifiques, certaines structures regroupent plusieurs secteurs de psychiatrie : elles sont alors dites « *intersectorielles* » (tel est souvent le cas, par exemple, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou en psychiatrie d'urgence).

Cette organisation en santé mentale a été définie administrativement, pour la première fois, par la circulaire du 15 mars 1960 « *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* » (183) avec, pour inspiration, l'organisation cantonale de la psychiatrie, dite « *comarcale* » (184) mise en place en Espagne (Catalogne), et portée notamment, en France, par les psychiatres F. TOSQUELLES (185) et L. BONNAFE (186). Elle n'a néanmoins été définie légalement qu'avec les lois des 25 juillet (187) et 31 décembre 1985 « *relative à la sectorisation psychiatrique* » (188) avec un pendant budgétaire. L'idée fondamentale est d'accompagner une vie hors de l'hôpital pour les personnes souffrant de troubles psychiques et dont la prise en charge était jusqu'alors essentiellement hospitalière. Il s'agissait aussi de développer une offre de psychiatrie publique pour la prise en charge de troubles moins sévères pour lesquels une hospitalisation n'aurait pas été nécessaire. Ainsi ont été créées des structures ambulatoires, dont les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont l'exemple type. L'idée de la sectorisation était enfin d'assurer une continuité entre les soins intra- et extra-hospitaliers en les faisant prodiguer par une même équipe pluridisciplinaire. Cette politique intervenait comme une rupture dans l'histoire psychiatrique française, marquée classiquement par un

« *hospitalo-centrisme* » autour de l'« *asile* » et une forte dissociation, de fait, entre la psychiatrie et la « *société ordinaire* » (189).

Depuis plusieurs années, les autorités de tutelle encouragent le développement des soins extra-hospitaliers, y compris de façon récente dans l'expression du ministère de la Santé (190) ou de l'Assemblée Nationale, notamment dans le rapport d'information de Mesdames les députées C. FIAT (LFI) et M. WONNER (LREM) « *relatif à l'organisation de la santé mentale* » qui incite à « *accélérer le virage ambulatoire en redéployant 80% du personnel de l'hôpital psychiatrique sur l'ambulatoire à l'horizon 2030* » (175).

Parallèlement au développement de l'offre ambulatoire, les conditions d'accueil ont évolué à l'hôpital. On assiste à une baisse du nombre de lits en psychiatrie. En France, ceux-ci sont en effet passés de 91.4 pour 100 000 habitants, en 2006, à 83.7 pour 100 000 habitants en 2017 (191), soit une baisse d'environ 8 %, qui fait elle-même suite à une baisse significative durant la décennie précédente (192). Ce taux reste au-dessus de la moyenne européenne qui était à 73.3 lits pour 100 000 habitants en 2017 et qui a elle-même diminué de presque 6% depuis 2006. Les disparités intra-européennes restent fortes : le nombre de lits est le plus élevé en Belgique (136 pour 100 000 habitants) et le moins élevé en Italie (9 pour 100 000 habitants) (191).

Avec le secteur et l'ambulatoire, la psychiatrie se serait ainsi rapprochée de la « *société concrète* » et de ses nombreux acteurs. Par exemple, les patients ont aujourd'hui beaucoup recours aux médecins généralistes dans le cadre de la « *médecine de ville* » (193). De plus, des consultations avec des psychologues ont été mises en place dans de nombreuses structures, sociales notamment. Cela ne va pas sans interroger la place de cette constellation d'acteurs vis-à-vis du secteur : collaboration ou subordination ? En pratique, ils ne gravitent pas forcément autour du secteur, mais bien souvent à côté. Comme l'affirme J-L. ROELANDT, « *le secteur ne doit pas avoir de partenaires ; le secteur doit être partenaire* » (194). Cela suppose bien évidemment une coordination et une concertation dont on ne peut que relever la perfectibilité (189).

Bien qu'installée, la politique de sectorisation en psychiatrie demeure à l'heure actuelle sujette à débats. Elle fait régulièrement l'objet d'évaluations par les instances publiques : citons par exemple le dernier rapport de l'IGAS « *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* » de novembre 2017 (195). A ce propos, notons la position nuancée de l'OMS : « *l'OMS a choisi le système anglais comme le système de référence en 2009 (...) même si elle considère que la sectorisation à la française est la meilleure formule* » (179). Pour certains, le prisme de l'hôpital demeure trop marqué : dans le système actuel, l'hôpital gère l'ambulatoire, et non l'inverse. Il y a aussi, tel que le notent les auteurs du rapport de l'IGAS, d'importantes disparités entre secteurs, tant du point de vue du bassin de population pris en charge que des moyens alloués. D'autres pointent l'hétérogénéité de l'offre en matière de soins psychiatriques ambulatoires. Ainsi, pour M. JOUBERT et F. BERTOLOTTI, celle-ci est bicéphale et clivée : les praticiens ambulatoires privés s'occuperaient des « *états d'âme argentés* » alors que les praticiens de la psychiatrie publique soigneraient les « *fous labellisés* » laissant vacante la réponse sanitaire donnée aux situations intermédiaires (189). Pour J-L. ROELANDT, la politique de secteur n'a pas été menée à son terme et peine à offrir une réponse satisfaisante aux difficultés de santé mentale de la population. Quelques explications en sont pour lui un hospitalo-centrisme historique, l'existence d'un « *système parallèle* » privé mais aussi la liberté d'installation des psychiatres qui a créé des inégalités de densité de professionnels. Il pointe aussi la non-intégration du système hospitalo-universitaire dans le dispositif sectoriel, une prise en charge par pathologie au détriment d'une psychiatrie intégrée, une place insuffisante des associations d'usagers et de proches ou encore un cloisonnement des professionnels qui œuvrent dans le champ de la santé mentale (psychiatres se référant à différents courants théoriques, psychologues, psychothérapeutes...) (179). L'organisation matérielle du secteur est aussi mise en cause. L'Assemblée Nationale pointe, en outre, la couverture territoriale trop lâche et les horaires trop restreints des structures ambulatoires en France (175).

Il demeure que la sectorisation est un marqueur identitaire fort de la psychiatrie française. Avec ses avantages et ses limites, elle constitue la première étape de la dynamique de territorialisation de la santé mentale en France.

2.1.2. Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Plus récemment, un pas supplémentaire a été franchi dans l'intégration de la prise en charge des troubles psychiques au territoire. Si le lien territorial a commencé, pour la psychiatrie, avec la sectorisation, celui-ci s'est ensuite décliné dans une optique globale de santé mentale avec le déploiement des PTSM.

Ces derniers sont une politique publique, définie par la loi de modernisation de notre système de santé (196), et qui s'inscrit aujourd'hui au sein de la Stratégie Nationale de Santé « *Ma santé 2022* ». Selon G. DUBOIS (197), l'esprit de la loi repose sur deux orientations principales :

- La coopération entre acteurs de santé mentale au sein d'un territoire ;
- L'accent sur une approche centrée sur la demande de soin plutôt que l'offre.

Ainsi, la notion de « *parcours* » dans les territoires est prépondérante et les « *ruptures de parcours* » doivent être évitées.

Les priorités travaillées ont ensuite été énoncées par décret (198), parmi lesquelles :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, le diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques ;
- Le parcours de santé, la qualité de vie, le rétablissement et l'inclusion sociale ;
- L'accès aux soins somatiques ;
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- Le respect et la promotion des droits, le pouvoir d'agir, la lutte contre la stigmatisation ;
- Les actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Pour ce faire, l'ensemble des acteurs agissant sur un territoire, dans le champ de la santé mentale, doivent être mobilisés, notamment les collectivités territoriales comme mentionné dans l'instruction du 5 juin 2018 « *relative aux projets territoriaux de santé mentale* » (199).

Concrètement, le PTSM commence par la réalisation d'un « *Diagnostic Territorial Partagé* » (DTP) qui doit faire un état des lieux des problématiques et de leurs causes dans les territoires. Des groupes de travail se réunissent pour l'élaborer. Il est validé par le comité de pilotage puis présenté à l'ARS après avis des CLSM et du CTS et enfin en assemblée plénière. Une « *feuille de route* » est alors écrite : elle regroupe les « *objectifs* » et les « *actions* » par thématique. Les projets sont ensuite réalisés de façon coordonnée entre les acteurs. L'ensemble est contractualisé sous la forme d'un « *Contrat Territorial de Santé Mentale* » (CTSM). Les ARS ont essentiellement une mission d'animation et de veille au bon avancement des travaux. L'objectif temporel est que la mise en œuvre des actions du PTSM soit effective partout en France en juillet 2020.

La région Nouvelle-Aquitaine comprend dix PTSM, dont neuf construits à l'échelle départementale (Gironde, Landes, Pyrénées-Atlantiques, Lot-et-Garonne, Dordogne, Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne) et un à l'échelle de l'ancienne région Limousin (Corrèze, Creuse et Haute-Vienne) (200). A titre d'illustration, nous présentons l'initiative en Gironde : dans le département (201), les débuts des travaux ont eu lieu en 2017, sous l'égide de la Délégation Départementale 33 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Le portage est assuré essentiellement par le Groupement de coopération sanitaire « *Psychiatrie Publique 33* » (qui regroupe les trois EPSM de Gironde : Charles Perrens, Cadillac et Garderose) et la commission Santé Mentale du CTS de Gironde. De janvier 2018 à juin

2019, de nombreux acteurs se sont réunis en groupes de travail pour présenter le projet le 28 juin 2019 en assemblée plénière, où il a été adopté. C'est en février 2020 qu'il a été officiellement approuvé par le Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et doté d'une enveloppe financière de 785000 euros pour sa durée, c'est-à-dire cinq ans. Parmi les projets envisagés, on peut notamment citer :

- La création d' « équipes mobiles ressources » auprès des établissements accueillant des jeunes accompagnés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;
- La création d'une « Equipe Mobile Inclusive par le Logement et l'Emploi » (EMILE) ;
- La création d'une plateforme téléphonique qui permettra de donner des conseils d'orientation aux patients/familles (« Questions Psy ») (202) ou encore, à terme, la présence d'un Infirmier de Pratique Avancée (IPA) en psychiatrie au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU (201).

Les élus locaux sont appelés à travailler autour des PTSM : « les départements via leurs services sociaux (enfance-jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, personnes âgées, médico-social...), les intercommunalités et communes via notamment leurs centres d'action sociale (CIAS et CCAS), les CLSM et les éventuelles commissions locales incluant des usagers » (203).

Au total, le PTSM est donc une illustration de la dynamique de territorialisation en santé mentale. En coordonnant les acteurs et en mettant en place des actions de terrain, il vise à l'amélioration de la santé mentale sur le territoire. Les représentants des collectivités locales y prennent part, par le biais des différents groupes de travail.

De la sectorisation au PTSM, la psychiatrie française vise donc à s'intégrer sur les territoires, avec leurs acteurs et leurs habitants. A ce titre, elle entre en résonance avec le mouvement de psychiatrie citoyenne.

2.1.3. Psychiatrie citoyenne

Dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle, une partie de la psychiatrie s'est inscrite dans le mouvement de santé *communautaire* ou *citoyenne* ou encore *sociale* détaillée dans la première partie de ce travail. Cela trouve un écho particulier eu égard aux enjeux spécifiques de la discipline que nous venons d'évoquer. Ainsi, pour E. ZARIFIAN, « *la maladie mentale n'est pas une maladie comme les autres. Elle éloigne du groupe social, ce qui est sa gravité majeure. Mais elle nécessite aussi l'effort du groupe social pour élaborer ce qu'on appelle une guérison* » (204). Dans ce contexte, la psychiatrie communautaire est, pour L. BELLAK, « *la troisième révolution psychiatrique* » après les apports de PINEL et de FREUD (205). Pour certains, la « *thérapie institutionnelle* » [méthode thérapeutique s'appuyant fortement sur les relations de groupe au sein de l'institution psychiatrique en intégrant soignants et soignés], a constitué une avant-garde de la psychiatrie citoyenne : c'est l'exemple de la création, à l'hôpital de Saint-Alban, d'un club thérapeutique au statut associatif (loi 1901) (206).

En outre, l'OMS, dans son « *Plan santé mentale 2013-2020* » (207), encourage la santé mentale à s'inscrire dans un cadre communautaire, garant d'efficacité. De façon générale, les dispositions évoquées par l'OMS en 1978, dans la déclaration d'Alma-Ata (208), et en 1986, dans la charte d'Ottawa (63), s'appliquent naturellement au champ de la santé mentale : il s'agit en particulier de favoriser l'« *empowerment* » des individus souffrant de troubles psychiques, c'est-à-dire leur « *pouvoir d'agir* », à la fois sur leur trouble, mais aussi dans leur vie en général, en s'intégrant dans leur communauté. Cela rejoint la notion de « *recovery* », c'est-à-dire de « *rétablissement* », perçue dans la définition de Bill Anthony (209) comme un retour à la capacité de mener « *une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive* ». Là encore, l'aspect communautaire est essentiel : on ne conçoit pas de plein rétablissement sans dimension sociale. La santé mentale communautaire, comme la santé

communautaire en général, s'appuie, en fait, sur le postulat que la population possède elle aussi (de même que les professionnels de santé) un savoir sur ses besoins de santé (184).

La psychiatrie communautaire encourage donc le soin extra-hospitalier, qui ne peut être opérant que s'il est intégré dans la cité. En effet, pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiatriques, se trouve une grande richesse d'acteurs en dehors du champ sanitaire strict : les proches, les associations, les travailleurs sociaux... Tous ces partenaires ont une importance décisive, comme le soutient la « *pyramide de Wonca* », selon laquelle les « *soins informels* » (en bas de la pyramide) sont particulièrement importants car ils soutiennent l'ensemble de la pyramide de soins (210). Il s'agit, en un sens, de développer un « *potentiel soignant* » en tout un chacun, tel que le formulait L. BONNAFE (211). Cela pose l'enjeu de la coordination des acteurs : « *dans la communauté, les acteurs sont multiples et peuvent être efficaces. Le champ de la santé, et a fortiori de la santé mentale reste donc extrêmement fragmenté et nécessiterait une hiérarchisation et une gouvernance coordonnant bien mieux tous ces acteurs* » (184).

La place centrale des soins dans la ville ainsi posée ne doit, pour autant, pas disqualifier l'hôpital. Précisément, aux Etats-Unis, on qualifie parfois de « *community psychiatrists* » les psychiatres non-rattachés à l'hôpital, *a contrario* des « *hospital psychiatrists* ». Or, cette distinction est source d'un malentendu : la psychiatrie communautaire ne se conçoit pas en opposition à l'hôpital et encore moins en l'ignorant. Selon D. LAZURE, « *un des aspects intéressants de ce concept est de stimuler l'hôpital psychiatrique et la société à abolir les barrières artificielles et néfastes qu'on avait réciproquement érigées entre les deux* » (212).

De façon plus extensive et ambitieuse, au-delà d'intégrer la psychiatrie et les patients dans la communauté, certains envisagent la psychiatrie communautaire comme une visée d'action politique : celle-ci aurait pour objectif de faire changer la société afin que celle-ci soit plus inclusive envers les patients souffrant de troubles psychiatriques. Cette vision se décline en une infinité de nuances qui vont d'actions de lutte contre la stigmatisation ou pour favoriser l'inclusion dans le travail à un engagement politique de certains psychiatres pour faire changer la société en profondeur, dans ses déterminants économiques et sociaux (213).

Bien que maintenant assez consensuelles, les notions de santé mentale et de psychiatrie citoyenne font parfois l'objet de critiques. Certains, tels B. BUCHERON (206), voient dans la notion de santé mentale une dissolution de la psychiatrie et dans la notion de citoyen un affaiblissement du « *sujet* ». Avec un objectif de mise en conformité sociale, la santé mentale citoyenne et ses notions connexes, le rétablissement notamment, seraient le pendant moderne de l'aliénisme : une mise à l'écart du trouble mental « *soit en l'enfermant, soit en le dissolvant* ». Nous allons maintenant présenter quelques initiatives s'inscrivant dans le mouvement de psychiatrie citoyenne, qu'il s'agisse des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), des Médiateurs de Santé-Pairs (MSP) ou d'expériences locales telles celles mises en place dans la banlieue Sud-est de Lille.

2.1.3.1. Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

Premièrement, on assiste au développement des « *Groupes d'Entraide Mutuelle* » (GEM), qui sont des types d'associations d'usagers, définis légalement dans la loi du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances* » reconnaissant le « *handicap psychique* » (214). Ils ont été confirmés par la circulaire du 29 août 2005 « *relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques* » (215). Leur cahier des charges a été défini, dans sa dernière version, par l'arrêté du 27 juin 2019 « *fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle* » (216).

Leur objectif est de favoriser les liens entre usagers et les activités pour eux, gérés par eux-mêmes. Ils s'inscrivent dans le mouvement général de la « *pair-aidance* », c'est-à-dire l'idée selon laquelle une personne souffrant de troubles psychiques peut en aider une

autre, avec un savoir fondé sur l'expérience, dit « savoir expérientiel ». Chaque GEM est doté d'un local : un ensemble d'activités y sont bâties par les adhérents eux-mêmes. Il y a en général un ou plusieurs animateurs, salariés ou bénévoles. Le lieu n'est pas médicalisé, il ne s'agit pas d'une structure sanitaire ni même thérapeutique au sens strict du terme.

En 2019, il y avait 505 GEM répertoriés (217) dont la liste est accessible par exemple sur le site du PSYCOM (organisme public d'information et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale) (218). Tous les départements comptent au moins un GEM. En Gironde, il en existe dix (cinq à Bordeaux, un à Talence, un à Cenon, un à Cadillac, un à Libourne, un à Lesparre-Médoc) (219). Chaque GEM doit être parrainé par une association dotée de compétences gestionnaires (par exemple l'Union Nationale des Amis et des Familles de Malades psychiques – UNAFAM). Le financement est principalement étatique par le biais des ARS (220).

2.1.3.2. Médiateurs de Santé-Pairs

La dynamique de « *pair-aidance* » dépasse le simple cadre des GEM et on recense en France plusieurs initiatives de mobilisation de « *pair-aidants* » (appelés aussi « *Médiateurs de Santé-Pairs* » (MSP)), qui, dans leur forme la plus aboutie, sont rémunérés, bénéficient d'une formation universitaire et sont intégrés dans les équipes soignantes. Citons, à titre d'exemple, l'initiative portée par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la santé mentale de Lille et l'université de Paris 13 Bobigny - Saint Denis d'une formation de MSP de niveau bac+3, finalement intégrés dans des services hospitaliers ou sociaux (221) ou encore le Diplôme Universitaire de Pair-Aidance à l'université Lyon 1.

De même, le projet « *Un chez-soi d'abord* » (222), développé depuis 2010 initialement à Lille, Toulouse, Marseille et Montpellier, permet d'attribuer rapidement (typiquement en moins de 2 semaines) un logement à une personne souffrant de trouble psychique sévère (en général, un trouble psychotique chronique), sans condition de soins ni d'arrêt de consommation de toxiques. Il s'agit, en revanche, d'accepter un suivi régulier par une équipe, qui comprend des MSP rémunérés et formés. Cette expérience existe aussi à Bordeaux (223).

D'autres programmes ont vu le jour ces dernières années (224). Cependant, selon M. VILLANI et V. KOVESS-MASFETY, s'il existe « *des bénéfiques potentiellement nombreux* », le fait est que « *les programmes en la matière sont peu nombreux et peu développés en volume, que la littérature sur le sujet est encore rare* » (224). La méfiance des soignants vis-à-vis d'une nouvelle catégorie d'acteurs pouvant jouer un rôle dans les soins est parfois évoquée comme facteur limitant (225).

2.3.1.3. Expériences locales

On ne peut pas présenter la psychiatrie citoyenne sans évoquer la situation du secteur psychiatrique de la banlieue sud-est de Lille. Celui-ci constitue un exemple d'évolution des pratiques. En 1977, le Docteur J-L. ROELANDT prend la responsabilité du pôle de psychiatrie adulte recouvrant ce secteur. Le secteur est, à l'époque, doté d'une activité hospitalière forte, avec près de trois cents lits d'hospitalisation, à l'hôpital d'Armentières.

C'est dans ce contexte que va progressivement se mettre en place une politique de santé mentale communautaire : « *Élus, usagers, familles, citoyens, services sanitaires et sociaux ont travaillé ensemble pour soigner et insérer les « malades mentaux » dans la cité dans un premier temps, pour faire en sorte que les « malades mentaux » devenus progressivement patients, puis usagers et enfin citoyens, restent insérés au sein de la communauté par la suite* » (226).

Pour ce faire, l'Association Médico-Psycho-Sociale (AMPS) est créée, devenue par la suite CLSM, « *afin de réunir toutes les bonnes volontés de l'époque* » (227), élus des six

municipalités du secteur notamment. En 1998, le pôle a été promu « *site pilote pour la santé mentale communautaire* » par l'OMS puis associé à la création d'un CCOMS en 2000. Ce dernier fait aujourd'hui partie des quarante-six CCOMS qui travaillent sur les questions de santé mentale dans le monde (dix en Europe). L'activité du secteur repose notamment sur :

- Un accent mis sur les consultations ambulatoires, à la fois médicales mais aussi infirmières, psychologiques, de psychomotricité... Ces consultations se font volontiers à domicile (environ 50 % du volume de consultations (227)), souvent au sein de lieux polyvalents comme des maisons municipales ou des CCAS. L'adressage est essentiellement fait par les médecins généralistes, avec consultation infirmière dans les 24h et possibilité de consultations médicales le jour même (plages d'urgence réservées) ;
- La mise en place d'une équipe mobile dédiée à la prise en charge intensive, à domicile, des situations d'urgence et de crise ;
- La mise en place de familles d'accueil avec possibilité d'accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation ;
- La mise en place d'un centre « *Frontières* » pour l'accès au travail et aux activités de loisirs, en partenariat avec les associations locales ;
- Un accompagnement au logement avec, notamment, la gestion d'une vingtaine d'appartements associatifs par l'AMPS ;
- Un service d'hospitalisation complète conventionnelle qui dispose d'une dizaine de lits, avec une durée moyenne de 7 jours d'hospitalisation (227).

Cette démarche est partenariale, notamment avec les associations d'usagers (exemple du « *Réseau des Entendeurs de Voix* »), les GEM, mais aussi la Fédération Nationale des Patients en PSYchiatry (FNAPSY) ou l'UNAFAM qui, chacun, siègent au conseil d'administration de l'association AMPS. En outre, des MSP sont intégrés aux équipes du pôle : ils co-animent régulièrement un atelier « *mieux-être* » à destination des usagers du secteur, mettent en place des formations « *ce qui aide, ce qui n'aide pas* » à destination des professionnels du pôle de santé mentale. Ils réalisent aussi des consultations communes avec un professionnel de santé mentale ou co-organisent des « *forums participatifs des usagers* » avec élections de porte-paroles ayant vocation à intégrer les instances décisionnelles du pôle. Ce projet est soutenu financièrement par les communes du secteur, lesquelles s'impliquent aussi dans l'intégration de la santé mentale dans leurs politiques ou dans les CLS signés avec l'ARS.

On peut aussi citer l'exemple de l'association « *Les Invités Aux Festins* » (IAF) (228) qui, dans la région de Besançon, a développé des « *structures légères et non-médicalisées offrant logement et accompagnement psychosocial* » (211) sous forme d'accueil de jour ou de lieux de vie. Ces structures auraient eu un impact sur le nombre d'hospitalisations, en les diminuant : « *2000 journées d'hospitalisation économisées sur une seule maison, soit 750 000 euros/an* ».

La psychiatrie citoyenne s'épanouit enfin au sein des CLSM, que nous présenterons ultérieurement (cf. 2.3.). Ainsi, la psychiatrie citoyenne inscrit résolument la personne souffrant de troubles psychiques dans la communauté et lui permet de retrouver tant une entière place dans la « cité » qu'une pleine citoyenneté.

En présentant les origines de la sectorisation psychiatrique, le renforcement récent de la démarche de territorialisation et les spécificités de la psychiatrie citoyenne, nous avons dressé les principaux éléments de contexte sanitaire, politique et scientifique au sein desquels les élus locaux peuvent positionner leur action en santé mentale.

2.2. Le maire en psychiatrie

Parmi les collectivités territoriales, nous allons nous intéresser dans un premier temps à la place des élus municipaux, sous l'autorité administrative du maire. La municipalité constitue en effet l'échelon de proximité la plus immédiate avec les citoyens. Elle constitue aussi, peut-être, un territoire d'action pertinent pour apporter des réponses efficaces aux problématiques soulevées. Le maire a, enfin, des prérogatives légales dans le domaine de la santé mentale. Nous exposerons dans un premier temps les motifs de sollicitation des maires, qui les poussent à se saisir de la santé mentale. Nous verrons ensuite en quoi ils peuvent se trouver en difficulté. Nous présenterons alors des exemples d'action de terrain conduites autour de la santé mentale. Enfin, nous ferons un focus sur la question des Hospitalisations Sans Consentement (HSC) dont le maire peut être partie prenante. Avant de développer plus avant, rappelons que l'ensemble des municipalités ont en général un adjoint aux affaires sociales (ou à la solidarité) ce qui n'est pas toujours le cas pour la santé. De ce fait, l'attribution de la délégation santé n'est parfois pas explicitement individualisée au sein la mission « affaires sociales ».

2.2.1. Le maire sollicité

Les élus municipaux sont, nous l'avons dit, l'échelon politique de proximité. Les citoyens se tournent spontanément vers eux. A ce titre, ils sont naturellement concernés par les questions de santé mentale et sont régulièrement interpellés, directement ou via les services municipaux, pour de telles situations. On peut regrouper plusieurs types de sollicitations (229) que nous allons détailler par la suite : la « *souffrance psychosociale* » et les situations d'urgence.

2.2.1.1. La souffrance psychosociale

Il s'agit ici de situations latentes, chroniques, qui sont à la croisée de la psychologie, de la psychiatrie et du domaine social, soit dans leur genèse, soit dans leur expression. A l'issue d'un séminaire de 2001, qui a permis de recueillir les témoignages d'élus locaux, la Direction Interministérielle de la Ville (DIV) proposait ainsi de distinguer :

- L'« *incurie* », qui fait référence au manque de soin accordé à soi-même ou à son habitat. C'est un symptôme fréquent en psychiatrie ; il devient patent notamment lorsque le travail de « *décontamination* » le plus élémentaire n'est plus réalisé. Elle semble corrélative « *de la rupture des liens avec l'entourage amical, familial et de voisinage* » (229). Une élue locale rapporte le cas d'une dame de 71 ans « *sans famille (...) logée par l'office HLM. On a été prévenus par les voisins pour des fuites d'eau importantes. (...) Quand les pompiers sont arrivés, ils ont vu qu'elle vivait dans ses excréments. (...) le médecin généraliste qui la suivait ne l'avait pas vue depuis 8 mois. (...) Il n'y avait pas d'intervention sociale à domicile puisqu'elle se déplaçait* ». Notons au passage que la « *plainte de voisinage* » est un mode d'interpellation fréquemment rapporté par les élus locaux ;
- La « *souffrance au guichet* » : il s'agit de la sollicitation des élus ou des agents communaux au comptoir de la mairie, prenant la forme d'une plainte de type « *malheur intime* ». Un élu illustre : « *une dame qui venait régulièrement à la mairie, à l'accueil, se plaindre des violences subies de son mari...* » ;
- La « *souffrance sociale qui sature l'espace public* » : on parle de situations, individuelles ou collectives, récurrentes et envahissantes vis-à-vis de l'espace public. « *M. Y qui pète les plombs (...) vide son appartement (...) vient à la mairie en disant qu'il est armé (...) tout le monde le connaît (...) il monopolise notre champ d'action* » raconte un élu. D'autres pointent la situation des personnes Sans Domiciles Fixes

(SDF) qui serait pourvoyeuse de conséquences similaires : ils « *hantent le centre-ville, c'est devant la mairie (...) dans des états limites (...) il y a une espèce d'angoisse de les voir allongés dans la rue la nuit* » ;

- Les « *souffrances collectives* » : ce sont des états d'inquiétude, de souffrance, voire d'anxiété partagés par un certain nombre d'individus dans une population, relatif à un facteur de stress donné. Cela peut être, par exemple, l'installation d'une antenne-relais de téléphonie mobile dans un quartier : « *Il y a eu tout un tas de plaintes, les gens disaient que toute la rue se réveillait à 3h10 tous les matins...* » expose une élue.

Finalement, l'ensemble de cette « *souffrance psychosociale* » constitue un « *no man's land pour problématiques complexes* » selon M. JOUBERT et F. BERTOLOTTI (189).

2.2.1.2. Les situations d'urgence

Il est ici question de situations aiguës, de crise. Le maire y est évidemment confronté. Elles prennent souvent la forme d'une acutisation de situations telles que celles précédemment exposées. La question mise en exergue est alors essentiellement celle des HSC. Le maire va soit y recourir, soit trouver une solution alternative. Nous aborderons cette situation dans un paragraphe spécifique (cf. chapitre 2.2.4.).

De façon générale, l'arrivée d'une plainte auprès de l'écu, et la reconnaissance de celle-ci par un représentant politique, a une fonction de « *symbolisation* » (229) : l'écu fait en effet sortir la plainte du registre privé et intime pour la situer dans le registre public, battant en brèche la présumée « *désincarnation administrative* » (229).

Finalement, l'interpellation des élus locaux, fréquente, les place en première ligne sur ces questions de santé mentale. Ainsi, pour J. FURTOS, psychiatre et directeur de l'Observatoire National sur les pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP), « *nous nous sommes aperçus que les maires et les adjoints avaient une vision extrêmement précise de ce qu'est la santé mentale. Ils connaissaient leur ville rue par rue, quartier par quartier, et pour les maires et les adjoints des villes moyennes, presque famille par famille pour les familles compliquées. (...) ils ont une vision extrêmement clinique, centrée sur le sujet et son discours, mais également une vision globale en tant que maires (...) avec une individualisation des problèmes* » mais aussi « *un rapport consubstantiel à la groupalité* » donc « *anti-excluant* » (230). Il considère que l'écu, en prenant en compte les aspects économiques, sociaux et culturels dans les problématiques de santé mentale, apporte un éclairage complémentaire à la vision clinique médicale, davantage centrée sur l'individu, sa biologie et sa psychologie.

Comme nous allons le voir, cette place de première ligne n'est pas sans apporter son lot de difficultés pour les élus locaux.

2.2.2. Le maire face à certaines difficultés

Confronté à ces multiples sollicitations, le maire (ou ses adjoints), est amené à se positionner, mais peut parfois se trouver en difficulté. De façon presque intime, « *le problème est d'accepter d'être bouleversé, perturbé ; il faut accepter d'être en malaise* » (230) selon J. FURTOS. Le malaise est alors conçu comme un préalable presque nécessaire au début d'une réponse chez des élus, qui, rappelons-le, viennent de tous horizons professionnels et de parcours de vie. Un élu peut en témoigner : « *il y a des situations qui sont insupportables ! Il m'arrive d'arrêter ma permanence et d'aller prendre un café ! On fait une pause parce qu'au bout de trois situations sur lesquelles on ne peut rien, c'est bon quoi !* » (229). Malaise général quant à la santé mentale, sentiment d'impuissance, sensation de devoir corriger au niveau « *micro* » des problèmes dont les déterminants sont « *macro* » : les causes d'insatisfaction sont multiples.

Pour y répondre, l'élu doit faire appel à ses propres ressources. Parmi celles-ci, on peut questionner notamment le profil professionnel de l'élu. Il semblerait que « *les élus proches de la culture du secteur médico-social paraissent plus à l'aise que les autres* ». Dans cette optique, ce sont souvent les élus médecins, quand il y en a, que l'on sollicite : « *les élus désignés par le maire pour signer les HO [Hospitalisations d'Office, terme utilisé avant Admissions en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (ASPDRE)] se reposent sur l'élu médecin ou sollicitent son avis* » témoigne un élu. Il semblerait en revanche qu'il n'y ait pas de différence d'abord en fonction de l'orientation partisane de type gauche/droite (229).

Lors du séminaire de la DIV, un point de clivage plus étonnant est apparu : le genre et une différence supposée de traitement de la part des femmes et des hommes. « *Les élus masculins auraient tendance à privilégier une approche centrée sur les droits, alors qu'une femme élue privilégierait davantage les besoins de la personne* » (229). Un élu témoigne de façon plus générale, à propos de l'attribution de la délégation santé, quand elle existe, à un homme ou une femme : « *lorsque cette délégation est proposée aux hommes, c'est forcément qu'ils sont médecins ; alors que pour les femmes c'est différent : il y a certes des médecins, mais la majorité ne le sont pas* », approuvé par un autre élu : « *chez les hommes c'est l'expertise technique qui est valorisée, chez les femmes c'est la dimension maternelle* ». Ainsi, pour F. BERTOLOTTI, les nuances sont « *surtout liées à la sensibilité de genre et à la taille des communes* » (231). La question de la taille de la commune d'exercice est en effet prégnante, tant à propos du degré de personnalisation des difficultés déjà abordé que dans les moyens mis à disposition.

Beaucoup pointent un déficit de formation et d'information sur la question, avec, en outre, un manque de données chiffrées sur la santé mentale dans la population de la commune. L'élu local est ainsi parfois « *interpellateur* », notamment de la psychiatrie publique. Il s'agit alors essentiellement de demandes de formation, pour eux-mêmes comme pour les intervenants municipaux de première ligne (pour mieux comprendre les troubles psychiques), mais aussi d'information (sur les ressources locales de psychiatrie) et de soutien (232).

De plus, il existerait un manque de cadre de référence dans les relations inter-institutionnelles, notamment entre les municipalités et l'Etat : « *le cadre de référence des élus correspond le plus souvent à une position pragmatique plutôt qu'à un projet défini en cohérence avec les institutions* » (229). En effet, « *l'inscription de la santé mentale en tant qu'objet spécifique des politiques municipales n'apparaît pratiquement pas de manière réglementaire et contraignante* » à l'exception des HSC (229). Plus largement, c'est un manque de clarté sur les compétences de la mairie en termes de santé qui retentit sur la santé mentale, notamment lorsque les questions budgétaires sont abordées. Des inégalités de traitement en fonction des villes, de leur volonté d'implication et de leurs ressources, semblent frappantes : « *on casse complètement l'unicité de la réponse de santé publique* » (229).

On vient de le voir, les élus municipaux se retrouvent parfois en difficulté quand ils doivent aborder des situations d'allure psychiatrique, puisant dans des ressources souvent personnelles pour y répondre. Nous allons maintenant décliner des exemples d'actions concrètes mises en place par des municipalités dans le domaine de la santé mentale.

2.2.3. Le maire en action

Il convient avant tout d'analyser les ressorts de l'action municipale dans le champ de la santé mentale. En effet, qu'il soit amené à gérer une situation individuelle ou à promouvoir une politique plus systémique (type promotion de la santé ou prévention), l'élu se situe toujours, dans ce domaine spécifique, aux confins des dimensions sociales, sécuritaires et sanitaires. Cela introduit, certes, une difficulté de positionnement mais aussi, autant de leviers d'action potentiels, qui lui permettent de ne pas tomber dans le « piège » d'une

« *sanitarisation des problèmes sociaux* » ni d'une trop forte « *psychologisation des problèmes de société* ». Dès lors, plusieurs fonctions doivent être distinguées pour évaluer la pertinence de la prise en main des questions de santé mentale par une municipalité (229) :

- Une « *fonction d'interpellation* » des autres autorités publiques et des opérateurs du privé ;
- Une « *fonction de convocation* » et de « *médiation* » qui permet à l'élu local de réunir une multiplicité d'acteurs, de l'individu à l'institution. « *Seul le maire peut, sur son territoire, convoquer autour de la même table ses services et ceux de l'Etat, les psychiatres et les travailleurs sociaux, la police, le procureur, les bailleurs, les associations, les familles, etc. pour qu'ensemble puisse être examiné et traité ce qui trouble les esprits et la cité* » selon L. EL GHOZI (77) ;
- Une « *fonction d'élaboration* », au-delà des situations individuelles, c'est-à-dire une confrontation de l'individuel avec le collectif, qui permet de travailler le sens social de chaque situation : le cas d'espèce est-il lié à un dysfonctionnement social structurel que le politique pourrait aider à résoudre ?

D'autre part, les objectifs généraux de l'action politique en santé mentale sont, selon D. SLOEN (230), de :

- Repérer les personnes en souffrance et les orienter vers une prise en charge adaptée (par exemple en formant les gardiens d'immeuble, les agents de la CPAM ou du CCAS...) ;
- Lutter contre les stigmatisations (par exemple en organisant des débats, des ciné-débats ou encore des journées portes ouvertes dans les centres hospitaliers spécialisés...). « *Parce qu'ils ont la confiance des habitants, [les élus locaux] sont d'excellents vecteurs de déstigmatisation* » affirme ainsi D. ROBILIARD (233) ;
- Promouvoir une bonne santé mentale (par exemple par l'activité physique ou encore l'organisation de « *journées bien-être* »...) ;
- Agir sur les déterminants de santé mentale (par exemple le logement, l'emploi, l'insécurité...).

Nous allons maintenant illustrer ce propos par des exemples d'action communale, suivis par un focus sur la gestion des situations individuelles complexes. Tout d'abord, précisons que ces problématiques peuvent être traitées par des services municipaux dédiés, centrés spécifiquement sur la santé voire la santé mentale. Au contraire, les situations sont parfois gérées par les SCHS, dont le personnel est bien souvent issu de filières techniques (techniciens, ingénieurs...) de gestion de l'hygiène et de la salubrité. Un élu en témoigne : « *on est d'abord dans l'approche technique d'une plainte avec des critères techniques, cloisons insuffisamment épaisses par exemple, avec ensuite un travail de médiation* » (229).

Premièrement, hors situations individuelles préoccupantes, on peut citer plusieurs exemples d'action municipale en santé mentale :

- A Romainville (Seine-Saint-Denis) : mise en place d'une campagne de sensibilisation avec affichage public (notamment « *la dépression, ça peut arriver à n'importe qui* ») ; édition d'un livret et réunions publiques sur le thème de la santé mentale (189) ;
- A Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) : création de « *référénts santé* » par quartier, particulièrement sensibilisés aux questions de santé mentale (189) ;
- A Nanterre (Hauts-de-Seine) : prise en compte des questions de santé mentale au sein du « *contrat local de sécurité* » ; mise à disposition d'un psychologue municipal pour la PMI locale et d'un autre au sein de l'« *Espace Santé jeune* » ; élaboration d'une campagne de dépistage des troubles des apprentissages dans les écoles maternelles et primaires de la ville ; création d'un « *espace insertion* » pour les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) avec activités sportives, théâtre, art-thérapie et psychologue ; collaboration à certaines études menées par le CCOMS de Lille (232) ;

- A Amiens (Somme) : mise en place de « Mardis de la santé », ensemble de conférences intégrant les questions de santé mentale ; rédaction d'un guide santé mentale en partenariat avec l'EPSM local (234) ;
- A Mons-en-Barœul (Hauts-de-France) : prise en compte des problématiques de santé mentale dans l'association intercommunale de santé avec la réservation de vingt-trois logements sociaux à des individus souffrant de troubles psychiques ; mise en place d'actions de prévention du suicide ; travail sur une politique culturelle d'expression artistique en collaboration avec des galeries d'art privées (234) ;
- A Aubervilliers (Seine-Saint-Denis) : séminaire « santé mentale, adolescence et familles » ; groupe de travail sur les violences en milieu scolaire ; promotion du bien-être psychique des jeunes enfants (230).

Deuxièmement, pour gérer des situations individuelles complexes et préoccupantes, plusieurs municipalités ont mis en place des services dédiés, qui permettent tout d'abord de centraliser l'ensemble des situations avec une voie d'abord identifiée, dans un contexte où, souvent, « *quand un signalement arrive dans une mairie, il va n'importe où* » (230).

- On peut citer le « *service de la vulnérabilité* » mis en place par la mairie de Champigny-sur-Marne (Val-de-Marne). Il comporte une « *cellule de veille* » qui se réunit plusieurs fois par mois pour réfléchir sur une situation problématique donnée. Elle met en relation, selon les cas, un large panel de partenaires : élus locaux, représentants de la psychiatrie, police, pompiers, travailleurs sociaux, bailleurs sociaux, gardiens d'immeuble, représentant de l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales), etc. « *S'il n'y a pas d'urgence, la cellule de veille peut tranquillement construire quelque chose. Si c'est une urgence (...), on recueille des informations, (...) nous contactons le responsable de notre secteur psychiatrique (...)* [pour éventuellement arriver à] *une hospitalisation contrainte (...)* avec des relations avec la police. » dit l'adjointe au maire en charge de la santé (230). De façon générale, la personne concernée est absente de ces réunions ;
- A Evry (Essonne), il existe une « *cellule d'alerte* », partie intégrante du Réseau Santé Mentale local. Réunie environ deux fois par mois, y siègent le directeur de la santé au sein de la municipalité, un responsable du service social de la mairie, un responsable de la police municipale, un psychiatre du CMP de secteur, un psychiatre du Réseau Santé Mentale local, le médecin coordonnateur de la cellule ainsi que d'éventuels membres invités ;
- A Grasse (Alpes-Maritimes), un groupe baptisé « *Les études pluridisciplinaires de situations difficiles* » a aussi été mis en place ;
- A Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), ont été créées des « *Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté* » (RESAD) (235). Elles se réunissent environ une trentaine de fois par an, étudiant une situation par heure. Elles associent le SCHS, le service social municipal, le secteur psychiatrique, la mission locale, un médecin généraliste libéral (indemnisé *via* le réseau Ville-Hôpital). Quand la situation concerne une personne âgée, viennent également le CCAS, le service de soins à domicile du centre municipal de santé, le pôle gérontologique de la ville. L'accord de la personne concernée ou de sa famille est requis pour aborder la situation en réunion, avec restitution *a posteriori*. Comme à Champigny-sur-Marne, les situations d'urgence vraie ne sont pas abordées. Selon P. GIRAUX, médecin de santé publique au SCHS de la ville (230), les problèmes en lien avec le logement sont les plus représentés.

Il faut évidemment s'assurer que le développement de ces structures extra-hospitalières et même extra-sanitaires ne concourt pas à pallier ou masquer une autre réalité qui est celle du manque de moyens dans les structures sanitaires de psychiatrie. Ce grief est parfois exprimé par les élus locaux qui craignent, par leur action, de remplacer une partie de la psychiatrie publique et de légitimer une baisse de moyens à son égard. Soulignons aussi

que de nombreux acteurs considèrent que les liens sont plus simples lorsque qu'il y a correspondance entre territoire communal et secteur psychiatrique.

Le respect de la confidentialité de ces cellules, qui est la règle, doit être questionné. Le secret professionnel, voire médical, a vocation à être, de principe, respecté. Pour autant, pour L. EL GHOZI : « *on parle d'anonymat mais moi j'aimerais bien qu'on me dise comment on peut parler de Martine qui est mal voyante et qui habite à tel endroit sans dire qu'elle s'appelle Madame Michu.(...) On est dans la fiction de l'anonymat. Si on veut s'occuper de Martine, évidemment qu'on parle de Madame Michu et tout le monde sait de qui on parle* » (230).

Ainsi, de façon concrète, pragmatique et souvent directement centrée sur les besoins de la population, des municipalités ont développé des actions en santé mentale. Les initiatives présentées dans cette partie s'inscrivent soit dans des communes n'ayant pas encore de CLSM, soit de façon complémentaire, soit encore pleinement intégrées au sein de ceux-ci. Nous étudierons, par la suite, la structure même des CLSM et leurs apports à la santé mentale dans les territoires (cf. chapitre 2.3.). Nous allons maintenant aborder un cas particulier de l'action municipale en santé mentale, définie légalement : les HSC.

2.2.4. La question des hospitalisations sans consentement

Si les municipalités peuvent, comme on l'a vu, se saisir des questions de santé mentale de façon volontaire, il est un domaine qui relève de l'obligation légale : les HSC, au moins pour l'une de leurs modalités. Après quelques considérations générales sur cette forme d'hospitalisation, nous verrons la place légale du maire dans ce contexte, les situations dans lesquelles il peut être mobilisé et les difficultés rencontrées.

2.2.4.1 Considérations générales sur les soins sans consentement

De façon générale, les patients disposent du droit de consentir aux soins de façon libre et éclairée et de retirer ce consentement à tout moment. Ce droit fondamental est garanti par le CSP (236). Lorsqu'un patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté (pour des raisons somatiques comme le coma), la décision relève alors de la personne de confiance préalablement désignée par le patient.

En Psychiatrie, cela est aussi la règle et le cas général : ce sont les soins dits « libres ». Mais certains troubles présentent la particularité d'induire des troubles du jugement et des altérations du rapport à la réalité, pouvant retentir sur la capacité à consentir aux soins. C'est la raison pour laquelle ont été définies des modalités de « *soin sans consentement* », qui peuvent concerner les hospitalisations mais aussi les soins ambulatoires. Leur base juridique a commencé à être élaborée par la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés (237), dite « *loi Esquirol* », avant d'être modifiée par la loi du 27 juin 1990 « *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* » (238). L'évolution législative plus récente est marquée par la loi du 5 juillet 2011 « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* » (239) et la loi du 27 septembre 2013 « *modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011* » (240).

Sans aborder le détail des différents modes de soins sans consentement, rappelons qu'il en existe plusieurs modalités :

- Les articles L. 3212-1 et L. 3212-3 du CSP (241) définissent les Admissions en Soins Psychiatriques sur Décision du Directeur d'Etablissement (ASPDDE), qu'il s'agisse, d'une part, des Admissions en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ASPDT) ou pour Péril Imminent (ASPPI) ou, d'autre part, des ASPDT d'urgence. L'initiation de telles mesures nécessite que les deux conditions suivantes soient

réunies : un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière ; le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement (et l'existence d'un péril imminent pour la santé du patient pour l'ASPP). Cela s'accompagne de certificats médicaux que nous ne détaillerons pas ici ;

- Les articles L. 3213-1 (242) et -2 (243) du CSP définissent l'Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (ASPDRE). L'initiation d'une telle mesure exige d'une part la présence de troubles mentaux nécessitant des soins et d'autre part le fait qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Dans ce cas, la décision d'hospitalisation est prise par arrêté préfectoral (article L. 3213-1 du CSP) ou, en cas d'urgence, par le maire (article L. 3213-2 du CSP). Cette mesure s'accompagne également de certificats médicaux que nous ne détaillerons pas ici.

2.2.4.2. Place légale du maire

Comme évoqué ci-dessus, c'est dans le cadre des ASPDRE dits « d'urgence » que le maire peut intervenir, s'il existe un danger imminent pour la sûreté des personnes, selon l'article L. 3213-2 du CSP (243). Le maire, sur la base d'un avis médical, peut « *prendre toutes les mesures provisoires nécessaires* » et donc faire débiter les soins sans consentement. La situation doit être référée dans les 24 heures au représentant de l'Etat dans les départements qui prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'ASPDRE. Faute de décision du Préfet, la mesure est caduque au terme d'une durée de 48h. A noter que la loi de 2011 avait maintenu cette possibilité sur la base de la simple « notoriété publique », en dehors même d'un avis médical. Cette disposition a été supprimée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 6 octobre 2011, la jugeant contraire à la Constitution (244).

Ainsi, au niveau légal, pour citer la politologue P. RHENTER, « *le maire a une compétence subsidiaire et provisoire* » (230) alors que le préfet « *a la compétence ordinaire* ». En 2007, elle affirmait : « *il y a à peu près 11000 hospitalisations d'office par an. Près de 70 % sont précédées par une mesure provisoire municipale. (...) 90 % de ces mesures sont confirmées par le Préfet. (...) Il y a une grande variabilité des données quantitatives d'une ville à l'autre.* »

Remarquons que ce partage des rôles entre maire et préfet peut être évolutif et faire l'objet de modifications. Ainsi, le projet de loi du 21 novembre 2006 sur la prévention de la délinquance avait prévu d'inverser les rôles du maire et du préfet, dans une logique d'augmentation des prérogatives du maire (245), avant que les dispositions relatives à la psychiatrie soient retirées du texte final devant la polémique qu'elles ont générée (229).

2.2.4.3. Sollicitation du maire

Le maire est, dans ce contexte, interpellé dans des situations de crise et d'urgence avec la question, en arrière-plan, de la mise en place d'une HSC ou d'une solution alternative. La situation générale est celle, légale, de l'atteinte à la sûreté des personnes ou du trouble grave à l'ordre public, lorsque ceux-ci sont en lien avec des troubles mentaux. Cela peut recouvrir un panel de réalités larges (agitation aiguë, menaces hétéro-agressives, délire avec retentissement comportemental, etc.).

Les situations en pratique ne sont pas toujours aussi bien caractérisées et il existe parfois des interpellations plus discutables. On peut citer, pour illustrer, le courrier reçu par un adjoint en provenance d'un couple qui lui demandait d'intervenir « *en vue d'une hospitalisation de leur fils en psychiatrie* » ou encore celui émanant d'un bailleur social demandant « *une intervention du maire pour pouvoir hospitaliser un locataire au comportement asocial notoire mais toutefois sans violence* ». Dans ces deux situations, les élus ont privilégié une réponse de médiation en première intention (229).

2.2.4.4. Difficultés du maire

Les élus municipaux apparaissent souvent en difficulté dans l'initiation des HSC. C'est même, selon D. ROBILIARD, la question centrale qui mobilise les élus locaux en matière de santé mentale : « *La question concrète qui se pose aux élus locaux, et qui suscite leur inquiétude, concerne la responsabilité des maires quand ils sont sollicités pour un arrêté d'hospitalisation contrainte* » (233). On peut en identifier plusieurs causes :

- Le malaise vis-à-vis de la santé mentale en général ;
- Le malaise vis-à-vis de l'indication médicale à l'hospitalisation. Si l'élu a un réel pouvoir, certains ont l'impression d'avoir « *le pouvoir sans la compétence* » (229). Parfois même, il se sent « *instrumentalisé par le corps médical* », en étant dans l'obligation de faire confiance au certificat médical, jusqu'à un possible « *suivisme médical* », au risque de se livrer à un « *acte purement administratif très vite débarrassé* » qui perdrait par là même son sens, celui d'une « *tutelle du politique* » sur de potentielles dérives ;
- La méconnaissance du cadre légal, en particulier vis-à-vis du champ d'action du maire, avec « *un certain nombre de mésusage ou d'usage décalé* » des HSC, notamment dans des cas de troubles du comportement sous alcoolisation aiguë, qui ne devraient pas relever du champ des HSC (230) ;
- La crainte des « *retombées* », notamment le risque de contestation de la mesure par la personne concernée ou ses proches. A titre d'exemple, citons le témoignage de M-O DUFOUR, ancienne maire adjointe de Champigny sur Marne, en charge de la santé : « *c'est très difficile quand vous avez quelqu'un qui sait que vous allez signer pour l'enfermer (...), il vous demande de ne pas le faire. (...) il m'arrive d'avoir des personnes en hospitalisation (...) qui demandent des autorisations de sortie pour venir me voir (...) pour me dire : « vous avez signé, maintenant vous allez dé-signer » (...). Je ne savais pas s'ils allaient s'exciter dans mon bureau* » (230). En outre, « *le degré d'implication des élus locaux dans la gestion des situations de crises psychiques semble inversement proportionnel à la distance qui les sépare de leurs administrés. (...) la gestion se fera plutôt à distance dans un grand centre urbain avec des relations établies avec la police et la psychiatrie et plutôt selon un mode personnalisé* » dans les plus petites communes (229).

Pour pallier ces difficultés, les cellules ou comités mis en place vis-à-vis de la souffrance psychosociale que nous avons exposés précédemment ont en général un intérêt spécifique pour les HSC avec plusieurs objectifs :

- Diminuer leur nombre (aspect quantitatif) : « *il y a certaines fois où nous avons évité l'hospitalisation* » nous dit M-O. DUFOUR (230). De même, P. LEFEVRE, médecin coordonnateur du centre de santé d'Evry affirme : « *la cellule d'alerte a énormément diminué les hospitalisations d'office* » ;
- Améliorer le déroulé de celles-ci quand elles ont lieu (aspect qualitatif) : « *on tient à ce que ça se passe le plus dignement, le plus calmement possible* » (230).

A titre d'exemple, la « *cellule d'alerte* » d'Evry est d'ailleurs essentiellement centrée sur la question des HSC. Elle vise, outre les deux aspects que nous venons d'évoquer, à coordonner les intervenants dont on a besoin à un moment donné pour initier l'hospitalisation de façon pratique (par exemple, intervention simultanée de l'équipe de secteur, de la police et du SAMU, possibilité de rédaction du certificat initial par le médecin coordonnateur ou le médecin du Réseau Santé Mentale). Ce dispositif ne concerne pas les interventions les plus urgentes dont la temporalité ne permet pas la mobilisation de cette cellule.

Les autorités de santé développent elles-aussi des ressources spécifiques à destination des maires, comme par exemple le « *guide à l'attention des maires* » édité par l'ARS Bourgogne Franche-Comté en juillet 2020 (246).

On l'a vu, les maires, parce qu'interpellés, parce que mis en difficulté, parce qu'ayant une place légale mais aussi des leviers d'actions réels, sont pleinement impliqués dans les problématiques de santé mentale. Pour enclencher ou compléter leur action se sont développées, au niveau local, de nouvelles structures : les CLSM. Nous allons maintenant en présenter les grandes caractéristiques.

2.3. Les Conseils Locaux de Santé Mentale

L'implication des municipalités en santé mentale est aujourd'hui largement encouragée dans le cadre des CLSM. En effet, ces structures sont les lieux de rencontre entre tous les acteurs de santé mentale sur un territoire donné, qui couvre souvent une municipalité ou une intercommunalité. Les élus municipaux en sont donc des partenaires naturels. Nous allons présenter ces structures de façon générale avant de nous intéresser à leur histoire. Nous verrons ensuite comment ils fonctionnent et quels sont leurs objectifs avant de terminer par un état des lieux national et des exemples d'actions concrètes.

2.3.1. Définition

Les CLSM sont une structure à la croisée des dynamiques de territorialisation, de santé communautaire et de décentralisation de la santé. Ils concernent, comme leur nom l'indique, exclusivement les questions liées à la santé mentale. Concrètement, il s'agit, selon J-L. ROELANDT, d'« *un espace de concertation, de coordination et de co-décision d'un territoire défini par ses acteurs* » (247) : élus locaux, autorités de santé, psychiatrie, représentants des usagers, aidants... Les soignants du monde de la psychiatrie sont donc des interlocuteurs essentiels, mais non exclusifs. La psychiatrie est englobée dans l'angle général de la santé mentale, que nous déjà définie. L'approche curative est donc présente, mais l'accent est aussi mis sur la prévention et, d'une façon plus large, sur la promotion de la santé mentale, en lien avec des déterminants de santé mentale identifiés. La réunion de l'ensemble de ces acteurs a pour objectif l'amélioration de la santé mentale de la population du territoire d'application du CLSM. L'approche se veut donc territoriale et locale.

On peut ainsi voir l'origine des CLSM au sein de trois dynamiques structurantes (248) :

- Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie observé dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle ;
- L'élargissement de la notion de psychiatrie vers la notion de santé mentale, plus inclusive des autres acteurs, notamment politiques. « *Ces dernières années, les élus ont pris conscience du rôle qu'ils ont à jouer au sein des CLSM pour améliorer la prise en charge de la santé mentale de leurs citoyens* » estime P. GUEZENNEC (249) ;
- La place croissante des usagers en santé, promue par la loi du 4 mars 2002 (65).

Pour illustrer ce qui a pu amener une commune à recourir à un CLSM, citons l'exemple de la ville de Grenoble (Isère), où il a été mis en place en 2007. Il s'inscrivait dans un contexte local déjà marqué par une préoccupation pour la santé mentale : existence de plusieurs centres de santé municipaux sensibilisés à la santé mentale, observatoire local de la santé mentale, médecine scolaire municipale, etc. M. GIRAUD DE l'AIN, maire adjointe, insistait néanmoins sur le peu de lien entre élus municipaux et hôpital psychiatrique : « *La psychiatrie était peu présente en tant qu'institution. (...) Les élus municipaux ne siègent pas dans les conseils d'administration des hôpitaux psychiatriques, puisque ce sont les élus du*

Conseil Général (...) [à l'époque, en 2007] *ce qui nous donne peu de culture commune* ». (230).

De nombreux partenaires ont donc été mobilisés : représentants des services de l'Etat, psychiatrie, médecine libérale, Assurance Maladie, associations d'usagers... Le CLSM est en outre dirigé par le maire de Grenoble. Il a été formalisé par une délibération au Conseil Municipal (« *c'est important pour que cela ne repose pas seulement sur quelques élus volontaristes mais bien sur l'ensemble de l'équipe municipale* ») et coordonné par le service de promotion de la santé de la ville.

Le Dr P. MURRY, psychiatre hospitalier de secteur, pointait l'importance de trouver un « *langage commun* » avec les autres acteurs, notamment politiques, s'appliquant spécifiquement à des situations non strictement pathologiques dans lesquelles on ne sait pas qui doit intervenir « *faute de réponses sociales et politiques* » (230).

A noter que le CCOMS pour la santé mentale de Lille a créé un Centre national de ressources et d'appui aux CLSM depuis janvier 2017 (250). Nous évoquerons plus largement cette structure et ses travaux dans le chapitre 2.3.4.

2.3.2. Historique législatif

En France, c'est la dynamique du « *secteur psychiatrique* », présentée précédemment, qui a fait initier, de façon concomitante, l'idée de conseils réunissant les acteurs de santé mentale sur un territoire. Ainsi, la circulaire du 9 mai 1974 « *relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique* » (251) insiste sur « *la nécessité de procéder sans plus tarder à l'installation de conseils de santé mentale de secteur qu'il serait opportun de réunir plusieurs fois par an avec un ordre du jour précis et concret* ». Il faut attendre le décret du 14 mars 1986 (252) pour la création des « *conseils départementaux de santé mentale* », qui n'auront jamais de fonctionnement réellement opérationnel et seront abrogés par l'ordonnance de septembre 2003 (50).

En 2001, le rapport PIEL et ROELANDT, intitulé « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » (181), propose la création d'un « *Réseau Territorial de Santé Mentale* » (RTSM), géré par un conseil d'administration dont l'intitulé proposé est « *Conseil Territorial de Santé Mentale* » (CTSM) qui serait présidé par un élu. En 2002, le rapport ROELANDT « *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale* » (253) précise ses premières orientations en insistant sur la résolution des problèmes au niveau « *local* », au sein d'un « *réseau ouvert, horizontal, non-hiérarchisé, coordonné* ». Il évoque des « *conseils de santé de proximité* » qui permettraient la coordination de ce réseau. Le conseil de santé de proximité « *doit être laissé à l'initiative locale mais doté d'un outil juridique en cas de création (...). Le maire ou son délégué doit en être le président, les équipes de secteur y sont tenues d'être représentées, ainsi que les usagers et le conseil général, les médecins généralistes, les professionnels de santé* ».

Par la suite, les CLSM sont cités dans les Plans « *Santé mentale 2005-2008* » (254) puis « *Psychiatrie et santé mentale 2011-2015* » (255). La stratégie pour la santé mentale de l'OMS Europe, formalisée lors de la conférence d'Helsinki, en 2005 (256), insiste sur l'importance du « *décloisonnement* », du « *partenariat* », et de la « *coordination locale* ». En 2010, l'Union Européenne référence d'ailleurs les CLSM comme l'un des outils techniques permettant de mettre en application les recommandations de l'OMS. Ceux-ci sont par la suite mentionnés et encouragés dans plusieurs rapports postérieurs : Cour des comptes en 2011 (257), HCSP en 2011 (258), rapport ROBILIARD en 2013 (259), rapport DEVICTOR en 2014 (260).

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (53) inscrit les CLSM en tant qu'outils de démocratie sanitaire participative, pleinement intégrés dans les PTSM (261) : « *Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. (...) Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les*

moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. (...) Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale ». La circulaire du 5 décembre 2014 (262) réitère leur importance, notamment dans le cadre de la politique de la ville.

Le rapport LAFORCADE, publié en octobre 2016, appelle à un renforcement de la coopération inter-acteurs au sein des CLSM (263). Plus récemment, la SNS 2018-2022 (264), intitulée « *Ma santé 2022* », insiste sur la pertinence des CLSM comme leviers de coordination territoriaux.

2.3.3. Objectifs et fonctionnement général

On distingue, selon le CCOMS de Lille, des « *objectifs stratégiques* » et des « *objectifs opérationnels* » (250).

Parmi les « *objectifs stratégiques* », on note :

- Mettre en œuvre une observation en santé mentale ;
- Permettre l'accès aux soins psychiatriques et la continuité des soins ;
- Favoriser l'insertion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers ;
- Lutter contre la stigmatisation et les discriminations ;
- Promouvoir la santé mentale.

Parmi les « *objectifs opérationnels* », on note :

- Définir les priorités d'action d'une population définie localement en fonction de ses besoins ;
- Définir une stratégie pour répondre à ces priorités sur le plan de la prévention, de l'accès et la continuité des soins et de l'inclusion sociale ;
- Développer le travail intersectoriel et le partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions définies antérieurement ;
- Mettre en œuvre collectivement les actions pour répondre aux besoins et à la création des structures nécessaires.

Afin de mettre en œuvre ces objectifs, sont définies des instances (250) :

- Un **comité de pilotage**, présidé par le maire et co-animé par un psychiatre représentant le secteur de psychiatrie. Il définit les priorités et propose des axes de travail, en fonction de priorités nationales déclinées localement et en prenant en compte les propositions de l'assemblée plénière : « *Les thématiques des CLSM diffèrent d'un territoire à l'autre mais toutes ont en commun la prévention, la promotion de la santé mentale et la réduction des inégalités sociales de santé* » (247). Il maintient un lien avec l'ARS, s'assure de la pérennité financière, du respect des règles éthiques et de la rédaction d'un règlement intérieur. Les représentants des usagers y participent, de même que des professionnels tels que des médecins généralistes ou des travailleurs sociaux. Le comité de pilotage peut recruter un coordonnateur qui pourra être financé par la municipalité ou l'intercommunalité ;
- Des **groupes de travail** œuvrant sur des problématiques prédéfinies ;
- Une **assemblée plénière**, présidée par le maire, qui est un espace de discussion et de concertation plus large. Elle se réunit au moins une fois par an avec l'ensemble des acteurs prenant part au CLSM. Les groupes de travail y présentent les résultats de leurs actions.

2.3.4. Etat des lieux

Les données présentées ici sont issues des publications réalisées par le CCOMS de Lille en 2018 (247) et en 2020 (265).

2.3.4.1. Données générales au 1^{er} janvier 2020

Au 1^{er} janvier 2020, il y avait, en France, 244 CLSM actifs et 34 en projet, c'est-à-dire 23 CLSM actifs de plus que début 2019. Environ 20.3 millions d'habitants sont donc couverts par un CLSM, c'est-à-dire 1.4 million de plus que début 2019. 184 CLSM couvrent au moins un QPV (soit 18 de plus que début 2019). Ainsi, 677 QPV sont maintenant couverts par un CLSM, soit 45 % de l'ensemble des 1514 QPV. En outre, 3.1 millions d'habitants des QPV sont maintenant couverts par un CLSM contre 2.9 millions début 2019.

L'Île de France est la région qui concentre le plus de CLSM actifs. A l'inverse Mayotte, Saint-Martin et la Polynésie française n'en ont pas et la Guyane n'en a qu'un. La Nouvelle-Aquitaine en compte 19 et se place en 5^{ème} position des régions de France après l'Île de France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, le Grand-Est, les Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte-D'azur.

L'état des lieux le plus complet remonte à 2018 et a été réalisé par le Centre national d'appui et de ressource aux CLSM du CCOMS de Lille. Basé sur des questionnaires à remplir par les CLSM et un taux de retour de 60 %, il nous donne plus de détails quant à l'organisation des CLSM.

2.3.4.2. A propos du profil des coordonnateurs des CLSM

50 % des coordonnateurs de CLSM ont un niveau universitaire supérieur ou égal à bac+5. Les formations initiales les plus représentées sont celles du travail social, d'infirmier/cadre de santé, d'ingénierie de projet. 5 % sont des médecins. Seuls 29 % y occupent un poste d'une durée égale à au moins 80 % d'un équivalent temps plein.

Le financement de ce poste est, en général, le fait conjoint de l'ARS, d'une collectivité locale et d'un centre hospitalier (60 % des cas). Néanmoins, environ un CLSM sur cinq est financé exclusivement par l'ARS et un sur cinq exclusivement par une collectivité territoriale. Ils sont en général administrativement rattachés soit à la collectivité locale, soit à l'hôpital. Il semblerait qu'il y ait un *turn-over* professionnel important, avec 70 % des coordonnateurs en poste depuis moins de deux ans (à pondérer par le jeune âge de la plupart des CLSM).

2.3.4.3. A propos de la territorialisation des CLSM

75 % des CLSM couvrent un territoire de moins de 100 000 habitants, 7 % un territoire de plus de 200 000 habitants. Ils se déploient pour environ 2/3 d'entre eux sur un territoire communal. Les déploiements inter-communaux ou intra-communaux sont plus rares. Le spectre de bassin de population est hétérogène et varie entre 3000 et 850000 personnes par CLSM.

La plupart des CLSM sont développés au sein d'un seul secteur psychiatrique adulte (65 %) et infanto-juvénile (78 %), certains couvrent deux, trois (voire plus) secteurs de psychiatrie adulte.

2.3.4.4. A propos de l'organisation et du fonctionnement des CLSM

90 % des CLSM ont un comité de pilotage. Il ne se réunit, dans 30 % des cas, qu'une fois par an. Les élus locaux et la psychiatrie publique adulte sont représentés dans la quasi-

totalité des cas (respectivement dans 93 % et 95 % des cas). Les aidants participent de plus en plus fréquemment aux comités de pilotage (dans 90 % des cas). La pédopsychiatrie publique et les représentants des usagers restent moins représentés (respectivement dans 72 % et 60 % des cas). Il semblerait que la sous-représentation des usagers concerne davantage les régions rurales. Les autres partenaires participant aux comités de pilotage sont, par fréquence (en pourcentage) : les services municipaux (77 %), les ARS (68 %), les départements (63 %), les associations d'usagers (60 %), les structures sociales (46 %), les ASV (38 %), les structures médico-sociales (35 %), les préfetures (33%), les bailleurs sociaux (26 %), les maisons des adolescents (20 %), la police (18 %), les MDPH (16 %), les médecins généralistes (15 %), l'éducation nationale (13 %), la justice (13 %), les établissements MCO du territoire (12 %), les maisons de santé pluri-professionnelles (11%), les programmes de réussite éducative (7 %), les associations de quartier (6 %), les missions locales (6 %).

De même, 86 % des CLSM ont une assemblée plénière, pour 80 % d'entre elles présidées exclusivement par un élu. On peut reprendre les principales structures participant à l'assemblée plénière : élus locaux (92 %), services municipaux (91 %), psychiatre adulte (91 %), représentants des aidants (91 %), département (84 %), structures sociales (80 %), associations d'usagers (79 %), structures médico-sociales (79 %), bailleurs sociaux (76 %), pédopsychiatrie (70 %), ARS (67 %), police (60 %), éducation nationale (59 %), préfecture (59 %), mission locale (58 %), ASV (54 %), associations de quartier (52 %), MDPH (52 %), justice (49 %), médecins généralistes (48 %), maison des adolescents (48 %), établissements MCO (44%), programmes de réussite éducative (40 %), maison de santé pluri-professionnelle (40%).

Si les questions travaillées étaient au début essentiellement liées à la gestion de cas complexes, les thématiques se sont diversifiées, ci-après classées par fréquence : situations individuelles complexes (84 %), logement/habitat (73 %), sensibilisation en santé mentale (68 %), accès aux soins (47 %), santé mentale des adolescents (47 %), parentalité (43 %), diagnostic territorial de santé (42 %), santé mentale des enfants (36 %), soins sous contrainte (35 %), formation croisée (34 %), précarité (34 %), prévention précoce (31 %), intégration des usagers (30 %), prévention du suicide (30%), addictions (28 %), réduction des inégalités socio-territoriales de santé mentale (27 %), amélioration de l'accès à la culture et aux loisirs (26%), santé mentale des personnes âgées (25 %), citoyenneté des usagers (23 %), droit des usagers (20 %), santé mentale au travail (18 %), insertion professionnelle (17 %).

2.3.4.5. A propos des actions développées

Il existe de nombreux exemples d'actions développées par les CLSM, dont l'analyse de situations individuelles complexes, abordée précédemment. On peut citer, à titre d'exemple, le travail autour des HSC, avec la volonté souvent énoncée d'en réduire le nombre. Par exemple, à Prades, « *la mise en place d'une collaboration [de la psychiatrie publique] avec l'équipe municipale puis d'un conseil local de santé mentale coïncide avec une baisse significative du nombre de mesures de contrainte prises dans cette municipalité, passant d'une dizaine par an jusqu'en 2010 à entre 1 et 3 par an entre 2011 et 2014* » (266). Une synthèse des actions répertoriées par le Centre national d'appui et de ressources aux CLSM figure à l'annexe 2.

Définis légalement, les CLSM sont aujourd'hui largement développés en France. Leur mise en place a su rencontrer les acteurs pour la réalisation d'actions concrètes amenées à monter en puissance dans les prochaines années. Ils constituent maintenant souvent l'espace de travail pour les élus municipaux en santé mentale. Les autres collectivités,

notamment les départements, peuvent aussi y participer. Nous allons maintenant explorer le champ d'action des conseils départementaux et régionaux pour la santé psychique.

2.4. Actions des autres collectivités territoriales en santé mentale

Les départements et les régions, dont nous avons exposé, dans la première partie, les compétences en terme de santé en général, ont aussi une action sur la santé mentale. Moins étoffée que celles des municipalités, elle apparaît néanmoins importante. Nous allons en présenter les grandes lignes, pour les départements tout d'abord, puis pour les régions.

2.4.1. Les départements

Comme nous l'avons vu, dans notre première partie, les départements ont une compétence santé articulée avec la solidarité. A ce titre, elle se dirige notamment vers des tranches d'âge particulières, considérées comme plus vulnérables :

- L'enfance avec l'organisation de la *PMI* (267). Les problématiques de santé mentale en font partie intégrante, à la fois pour leur dépistage chez l'enfant ou sa famille mais aussi pour des prises en charge (possibilité de consultations psychologiques ou psychiatriques ou orientation vers des structures dédiées). Les départements peuvent aussi être partenaires de structures médico-sociales de type Institut Médico-Educatif (IME) ou Institut Médico-Pédagogique (IMP) (268) ;
- Les personnes âgées (269) à la fois dans une optique financière (avec la gestion du versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - APA) mais aussi autour du maintien ou non à domicile avec l'autorisation et le contrôle des *Services d'Aide à Domicile* (SAD), des *résidences-autonomie* et des *Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes* (EHPAD).

De plus, le département est au cœur de la politique du handicap. La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » (214) définit le handicap comme « toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques (...) ». A ce titre, les démarches administratives consistent notamment en l'ouverture de droits auprès de la MDPH, organisme départemental. En matière de handicap psychique, la MDPH, via sa *Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées* (CDAPH), peut délivrer des orientations pour :

- Le logement avec la possibilité d'accompagnement par l'intervention au domicile d'un *Service d'Accompagnement à la Vie Sociale* (SAVS) ou d'un *Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés* (SAMSAH). Une orientation en institution peut aussi être envisagée (*foyer de vie* ou *foyer occupationnel* (270), *Foyer d'Accueil Médicalisé* (FAM) (271), *Maison d'Accueil Spécialisée* (MAS) (272)). Le financement de l'hébergement de certaines de ces structures relève du Conseil départemental ;
- Le travail par la possibilité de *Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé* (RQTH) pour aménagement du poste de travail en milieu ordinaire ou travail en milieu protégé. Si le travail n'est pas possible, une prestation financière (*Allocation Adulte Handicapé-AAH*) peut être versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ;
- La possibilité de bénéficier de la *Prestation de Compensation du Handicap* (PCH), versée par le département, qui permet de compenser les coûts induits par le déficit d'autonomie par des aides (humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière) (273).

S. SAINT-PASTEUR, conseiller départemental de Gironde et président de la CDAPH, rencontré dans le cadre de ce travail, insiste sur la prise en compte du handicap psychique, « *sujet majeur pour le département ; il est moins visible et plus complexe à appréhender, il faut donc un vrai travail pour le reconnaître et l'accompagner. Par ailleurs, il entre particulièrement en résonance avec la politique sociale du département car le handicap psychique peut être générateur d'une plus grande exclusion* ».

Outre cet aspect d'orientation, de contrôle et de financement d'un panel d'acteurs intervenant dans le champ du handicap en général et du handicap psychique en particulier, le département peut accompagner des initiatives innovantes. A titre d'exemple, le département de la Gironde est partenaire d'une maison partagée, à Bordeaux, où cinq personnes en situation de handicap mettent en commun leur PCH dans un habitat collectif (274). Il a été précurseur, au niveau national, sur le déploiement des habitats inclusifs avec l'adoption en assemblée départementale du premier « *Plan d'accès départemental de l'habitat Inclusif* » (275).

L'action du département oscille donc entre innovations et compétences structurantes dans les domaines de l'enfance, des personnes âgées et du handicap psychique notamment.

2.4.2. Les régions

L'action des régions en santé mentale semble moins directe. Néanmoins, outre la participation à différentes commissions dans les ARS ou à l'élaboration du PTSM, les régions peuvent également contribuer aux questions de santé mentale. Nous prendrons trois exemples principaux :

- Le financement des IFSI par dotation et donc, par extension, un possible rôle dans la formation des futurs Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) en Psychiatrie (276) ;
- La politique d'accompagnement de la recherche. Par exemple, la région Nouvelle-Aquitaine est partenaire de « *Bordeaux Neurocampus* », structure fédérative de recherche en neurosciences de l'université de Bordeaux (277). Le partenariat concerne aussi des associations comme celle de l' « *Observatoire Régional de la Santé Nouvelle Aquitaine* » dont les thématiques de travail comprennent la santé mentale (278) ;
- La politique d'attractivité économique qui comprend les partenariats avec les laboratoires pharmaceutiques ou les *start-ups* de la région dans le champ de la santé et parfois de la santé mentale.

Les prérogatives de la région orientent davantage son action vers un plan de recherche, d'enseignement supérieur et d'accompagnement économique, qui peuvent s'appliquer en santé mentale.

Ainsi, après avoir exposé, dans la première partie de ce travail, les déterminants généraux de la politique de santé et sa décentralisation en France, nous nous sommes attelés à détailler les actions des collectivités territoriales en santé mentale spécifiquement. Loin d'être marginales ou relevant de la simple initiative de quelques-unes en France, elles sont aujourd'hui pleinement intégrées dans la vie de la cité : les CLSM en sont peut-être l'exemple le plus concret. L'action de la municipalité, en particulier, s'épanouit dans cet échelon territorial de proximité. Il permet une vision fine des problématiques et des acteurs, une démarche concrète et pragmatique d'amélioration de la santé mentale. Elle se fait tant de façon systémique que dans les situations d'urgence, voire dans celles où la privation de liberté intervient. Ces contextes, chacun à leur façon, sont sources de nombreuses interpellations mais aussi de difficultés pour l'élu local.

Les politiques locales ne peuvent évidemment pas être indépendantes du reste de la vie politique. D'abord, elles sont fonction de prérogatives définies au plan national dans le cadre de la décentralisation. Elles doivent décliner les priorités de santé publique en santé

mentale établies par le ministère de la Santé et des Solidarités. A ce titre, la collaboration avec l'administration déconcentrée du ministère de la Santé que sont les ARS est tout à fait essentielle. L'action des collectivités territoriales vient compléter celle de l'Etat, non s'y substituer ni s'y opposer. Les collectivités travaillent aussi avec la psychiatrie publique en tant qu'acteur pivot. La sectorisation et la territorialisation à l'œuvre en psychiatrie sont, de ce point de vue, des atouts réels.

Cette démarche, exposée ici dans le cadre français, est aussi sous-tendue par des recommandations internationales et l'expertise de l'OMS. Ces dernières viennent nourrir l'action des acteurs de terrain autant que ceux-ci contribuent à accroître les connaissances et les pratiques internationales. La sectorisation psychiatrique française est, nous l'avons vu, un modèle unique, débattu, mais valorisé par l'OMS.

Après ce travail de présentation s'appuyant sur une revue des idées et pratiques en vigueur, nous allons, sous forme d'étude, interroger les acteurs locaux pour confronter cette approche générale avec l'identité d'un territoire : « Bordeaux métropole » qui regroupe 27 communes autour de la ville de Bordeaux.

3. IMPLICATION DES ELUS MUNICIPAUX EN SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE DE BORDEAUX METROPOLE : UNE ETUDE DE CAS

3.1. Introduction

Ces dernières années ont vu se développer, en France, la notion de « démocratie sanitaire » (65). Elle est définie par les ARS comme une « *démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation* » (4).

Si la place des usagers et des citoyens dans la gouvernance sanitaire a fait l'objet de multiples publications ((279), (280), (281)), plus rares sont celles qui questionnent le rôle des acteurs politiques. Pourtant, les échelons politiques locaux (collectivités territoriales) développent aussi, de plus en plus, leurs propres politiques sanitaires, s'inscrivant dans le double mouvement de décentralisation des politiques publiques (282) et de territorialisation de la santé (46), qui sont notamment illustrés par la mise en place de CLS, de CLSM ou encore de PTSM.

L'implication des collectivités territoriales en santé a déjà fait l'objet de publications ((115), (35), (283)). C'est la question de l'implication des politiques locaux (en particulier municipaux) dans un champ spécifique de la santé (la santé mentale) que nous avons voulu traiter dans cette partie. Pour ce faire, nous avons conduit une étude exploratoire au sein d'un territoire géographique déterminé, qui est celui de la métropole bordelaise, dans le Sud-Ouest de la France. Plus précisément, *Bordeaux métropole* est un échelon territorial administratif de type Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), regroupant Bordeaux et 27 autres communes avec un total de 791 958 habitants (INSEE, 2017). Bordeaux est par ailleurs le chef-lieu départemental et régional.

Depuis plusieurs années, *Bordeaux métropole*, sous l'impulsion initiale de ses présidents V. FELTESSE puis A. JUPPE, a développé une gouvernance en santé qui fait figure d'exemple, au niveau national (27). Cette volonté est affichée dans l'élaboration du projet « *Métropole Haute Qualité de Vie* » (284). A l'heure actuelle, la métropole est couverte par un Contrat Local de Santé métropolitain (CLS) (158) et la ville de Bordeaux a, de plus, développé ses propres CLS et CLSM. Depuis 2020, la santé fait l'objet d'une Vice-Présidence de *Bordeaux Métropole* et d'une délégation de Conseiller Métropolitain. Par ailleurs, la métropole bordelaise a la particularité d'être particulièrement concernée par les

enjeux de santé mentale. Les Affections de Longue Durée (ALD) pour motif psychiatrique y sont la deuxième cause d'ALD et la prévalence de ces ALD est plus élevée qu'au niveau hexagonal ainsi que dans les autres métropoles françaises (285), mais nous n'avons pas trouvé de données, dans la littérature, pour expliquer ce constat.

Fort de ces deux particularités, nous avons voulu investiguer la place des élus locaux municipaux dans les politiques de santé mentale au sein du territoire de *Bordeaux Métropole*. L'objectif était de dresser un état des lieux des réalisations, attentes et difficultés de ces élus et d'esquisser des pistes d'amélioration des politiques locales de santé mentale.

3.2. Méthode

L'étude est conçue comme une étude de cas, de type observationnel.

La population de l'étude est constituée par les élus municipaux des 28 communes appartenant au territoire de l'EPCI *Bordeaux Métropole*. L'ensemble de ces municipalités avait vocation à être contacté. Il s'agissait d'enquêter à l'issue de l'élection des nouveaux conseils municipaux : soit après le 15 mars 2020 (cas des conseils élus dès le premier tour des municipales 2020), soit après le 28 juin (cas des conseils élus au deuxième tour des municipales 2020). A ce titre, devaient être sondés, les élus novices dans l'exercice de responsabilités politiques municipales, tout comme ceux déjà en poste lors du précédent mandat.

Pendant le mois de juin 2020, nous avons contacté l'ensemble des conseils élus lors du premier tour des élections municipales 2020 (17 communes sur 28). En juillet 2020, nous avons ensuite joint certains conseils municipaux élus lors du second tour de ce même scrutin. Du fait des impératifs temporels liés à la finalisation de ce travail de thèse, mais dans un souci de représentativité de l'échantillon, nous avons en effet choisi de sélectionner les communes parmi les plus peuplées, en portant également une attention particulière à la représentativité des taux de pauvreté, du fait de la grande intrication entre santé mentale et difficultés sociales.

En pratique, nous avons contacté les secrétariats des cabinets des maires pour joindre ou rencontrer, selon les disponibilités et les organisations locales :

- Le/la maire ;
- Ou l'adjoint(e) en charge de la santé (lorsqu'un tel poste existait au sein du conseil municipal) ou des affaires sociales ;
- Ou le/la conseiller(e) délégué(e) à la santé (lorsqu'un tel poste existait au sein du conseil municipal).

Quel que soit l'interlocuteur, un échange devait être proposé, sous forme, selon sa préférence :

- Soit d'un entretien présentiel ;
- Soit d'un entretien téléphonique ;
- Soit, à défaut, d'un questionnaire écrit.

Dans le cas général, les entretiens ont été conduits selon une méthode semi-directive, avec une base de questions pré-établies, dont l'ordre était souple. Les questions étaient :

1. De façon générale, la santé est-elle un enjeu significatif dans le cadre des politiques municipales ?
2. De façon générale, la santé mentale est-elle un enjeu significatif dans le cadre des politiques municipales ?
3. A quelle(s) situation(s) en lien avec la santé mentale êtes-vous significativement confronté(e) ?
4. De façon générale, quel(s) type(s) de situation(s) en lien avec la santé mentale vous met(tent) le plus en difficulté ?
5. Signez-vous régulièrement des arrêtés municipaux d'hospitalisation en ASPDRE ?

6. Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise ou en difficulté quand vous devez signer un arrêté municipal d'hospitalisation en ASPDRE?
7. Votre commune comprend-elle un QPV ? Si oui, quelles sont les particularités que vous percevez dans le champ de la santé mentale (problématiques rencontrées, éventuelles actions mises en place...) ?
8. Avez-vous mis en place des actions significatives centrées sur la santé mentale dans votre commune ? Si oui, pouvez-vous citer les plus significatives ?
9. Avez-vous déjà participé à une action de formation des élus dans le domaine de la santé (formation formalisée, colloque...) ?
10. Pensez-vous utile de proposer davantage de formations en matière de santé mentale aux élus locaux et au personnel municipal (agents du Centre Communal d'Action Sociale...) ?
11. Considérez-vous disposer d'un budget suffisant pour traiter des problématiques de santé mentale ?
12. Quelles pistes pourraient améliorer et faciliter le travail des municipalités en santé mentale (budget, prérogatives, formations, liens avec les professionnels de santé mentale, coordination des acteurs...) ?

Pour chacune des questions, étaient proposées des réponses prédéfinies et/ou des réponses libres (questionnaire en annexe 3). Les interlocuteurs étaient informés que l'enquête faisait partie d'une thèse de médecine, et que leurs propos seraient utilisés de façon anonyme dans le cadre d'une étude. Le consentement oral était alors recueilli.

3.3. Résultats

Parmi les 17 communes dont le conseil municipal a pu être élu dès le premier tour des élections municipales 2020, sept d'entre elles ont accepté de participer à l'enquête (Bassens, Cenon, Gradignan, Lormont, Saint-Aubin-de-Médoc, Saint-Louis-de-Montferrand, Talence). Deux communes supplémentaires s'y sont ajoutées à l'issue du second tour de ce scrutin (Bordeaux et Mérignac). Au total, neuf communes ont participé à l'enquête, soit 32 % de l'effectif total du nombre de communes. La population couverte est de 503 580 habitants (286), soit environ 63 % de la population métropolitaine.

Nous avons réalisé huit entretiens dont quatre en présentiel (44% de l'effectif) et quatre par téléphone (44% de l'effectif). Seule une réponse a été effectuée par le biais d'un questionnaire écrit (12% de l'effectif). Les entretiens, plus informatifs que prévu, se sont essentiellement déroulés en laissant les réponses libres.

Les principales données caractérisant les communes sondées sont présentées dans le tableau 1. Les tailles de communes sont diverses, de la commune la moins peuplée de la métropole (Saint-Louis-de-Montferrand) à la plus peuplée (Bordeaux) (287). La sectorisation des communes est répartie entre les Centres Hospitaliers Charles Perrens, situé à Bordeaux, et de Cadillac, qui sont deux des trois EPSM de la Gironde (le troisième étant le centre hospitalier Garderose qui prend en soin la population du Libournais) (288). Le taux de pauvreté est fortement variable d'une commune à l'autre, oscillant entre 5 % (Saint-Aubin-de-Médoc) et 28 % (Lormont) (289). Sept communes sur neuf sont constituées d'au moins un QPV.

De nombreuses nuances politiques sont représentées, avec une dominante à gauche (cinq communes), représentative de la nuance politique majoritaire dans la métropole à la suite des dernières élections métropolitaines. L'interlocuteur principal a été deux fois un maire, six fois un adjoint au maire, une fois un conseiller municipal délégué. Cinq d'entre eux occupaient déjà une responsabilité dans la majorité lors du précédent mandat. Quatre d'entre eux étaient, au contraire, novices dans un exécutif municipal.

Pour l'ensemble des interlocuteurs, la santé apparaît comme un sujet majeur des politiques publiques municipales. Pour certains, il s'agit d'un engagement volontariste ancien. Pour d'autres, la crise sanitaire du COVID-19 a agi comme une prise de conscience et a suscité un intérêt pour les questions sanitaires. L'ensemble des interlocuteurs déclarent

aussi que la santé mentale est un enjeu des politiques publiques municipales. Pour la quasi-totalité, elle apparaît même comme un axe prioritaire au sein des politiques sanitaires. En outre, les situations aiguës de type troubles du comportement sur la voie publique ou à domicile sont toujours rapportées comme les plus problématiques. Un élu a mentionné un fait divers comme élément déterminant de sa préoccupation pour la santé mentale (décès d'une personne SDF souffrant notamment d'addiction). Une majorité d'élus (huit sur neuf) pointe aussi la prégnance des situations de souffrance psychosociale. On peut donc individualiser deux types de situations dans le discours des élus, qui reflètent bien la distinction établie dans le séminaire de la DIV (229) : les situations aiguës qui appellent une réponse rapide ; les situations chroniques où les problématiques sont souvent multiples et latentes.

Dans les situations de crise, l'ASPDRE concentre les difficultés. Huit élus sur neuf ont affirmé se sentir « *en général mal à l'aise* » lors de l'initiation d'une mesure d'ASPDRE, d'ailleurs régulièrement nommée « *hospitalisation d'office* » au cours des entretiens. Parmi eux, tous ont spontanément évoqué les situations de violence auxquelles ils pourraient être confrontés (« *un jour, je me suis retrouvée face à un « forcené ». On a dû appeler le GIGN. Je me sentais vraiment pas à l'aise* »). Plusieurs élus s'interrogent sur leur responsabilité éthique dans cette mesure de privation de liberté (« *priver de leur liberté nos administrés, c'est pas notre métier !* »). Un élu a évoqué des suites judiciaires intentées contre lui après la mise en place d'une telle mesure. La majorité a évoqué le temps important passé (« *une ASPDRE, c'est 8 à 10h de temps entre le moment où on est appelé et le moment où le malade part dans l'ambulance* »). Le nombre d'ASPDRE prononcées par ville oscille entre quelques-unes par an et plusieurs dizaines en fonction des communes (les données étaient à chaque fois des estimations de la part des élus, et non des données documentées). Parmi les participants, nul d'entre eux n'a suivi de formation spécifique sur ces démarches. Il s'agit plutôt d'information par les pairs plus expérimentés, de façon informelle (« *on se forme entre élus, sur le tas, c'est une des premières missions du mandat !* »). Tous sont demandeurs de formations spécifiques et déclarent souhaiter être informés si une telle formation était proposée. Tous les élus souhaitent une meilleure réponse des services publics dans l'urgence et pointent un besoin de coordination entre services à l'occasion de l'initiation d'une HSC (cette préoccupation fait l'objet d'une fiche action du PTSM de Gironde), notamment afin de minimiser les délais d'intervention. Trois élus ont jugé qu'il n'était pas adapté que leur fonction d'élu local leur permette d'initier une mesure de soins sans consentement (« *c'est compliqué, on croise les gens dans la rue, leurs familles, on ne devrait pas avoir à faire ça...* »).

Hors contexte d'ASPDRE, les situations de crise sont souvent jugées compliquées, et pourtant fréquentes (« *dès qu'il y a un problème, vous pouvez être sûrs qu'on nous appelle* »). Ici, c'est surtout la non-identification d'interlocuteurs qui est soulignée : « *avant d'appeler le 15 ou la police, il faudrait agir rapidement pour éviter d'en arriver là. Mais on ne sait pas qui appeler, qui pourrait, à domicile par exemple, évaluer la situation sur un plan psychiatrique dans des délais brefs* ». Un autre élu abonde : « *il faudrait une équipe mobile de psychiatrie qui puisse intervenir rapidement dans la métropole, c'est amener vers le soin qui est complexe en psychiatrie* ».

Par ailleurs, tous les élus font état de situations de détresse psychosociale plutôt chroniques (« *on voit des gens qui vont mal, au chômage, dans la pauvreté, ils se dépriment, tombent dans les addictions...* »). Ceci semble particulièrement marqué dans les communes où le taux de pauvreté est important : « *dans la commune X, des personnes avec syndrome de Diogène j'en ai plein, au final c'est le voisinage qui finit par partir et ça peut plomber un quartier* ». Dans sept cas sur neuf, des réponses spécifiques ont été apportées : emploi de travailleurs sociaux et de psychologues par le CCAS ou la Mission locale (sept communes), partenariat avec les bailleurs sociaux (quatre communes), mise en place de cafés-aidants dans les quartiers en difficultés (deux communes), financements de travailleurs sociaux dans des associations de médiation culturelle (une commune). Dans tous les cas, l'investissement du champ de la santé mentale par les municipalités passe essentiellement par l'action sociale. A ce titre, les CCAS sont souvent cités comme intervenants de première ligne. Dans

toutes les communes, les difficultés sont identifiées comme particulièrement concentrées dans les QPV « *dont les difficultés sociales ont évidemment une répercussion en santé mentale* ».

Tous les élus se sont prononcés comme favorables à davantage de formation, à la fois des élus eux-mêmes (« *à l'heure actuelle, les process en santé mentale, je ne les connais pas* ») mais aussi du personnel municipal (CCAS, Mission locale...). Tous les élus souhaiteraient voir se développer des groupes d'analyse de situations complexes, en lien avec la psychiatrie publique, les travailleurs sociaux, le SDIS et les forces de l'ordre. Tous se sont prononcés favorablement à la création de CLSM afin d'identifier les interlocuteurs, de créer un réseau, et de répondre concrètement aux situations complexes. Une élue avertit cependant : « *il ne faut pas que ce soit une instance supplémentaire ad hoc* ».

Huit élus sur neuf ont affirmé espérer davantage de moyens financiers pour pouvoir mieux investir ce champ. Un élu a, au contraire, fait part de son inquiétude quant au glissement de tâche : « *avoir une vision globale et dans la cité, c'est la mission de la psychiatrie de secteur, c'est là que doivent être mis les moyens* ». Plusieurs élus ont mentionné leur préoccupation quant à la situation de la psychiatrie publique : « *les gens qui sortent trop tôt d'hospitalisation, les délais inimaginables pour avoir un rendez-vous en psychiatrie, tout ça ne nous aide pas. Chacun doit avoir son rôle et pouvoir l'assumer : le filet de sécurité « psychiatrie publique » doit être entretenu !* ». Parfois, c'est d'ailleurs autour de la problématique de l'offre de soin que les élus sont interpellés : « *la première chose qui est arrivée sur mon bureau, c'est le projet de fermeture de [structure de soins]. La population attend de l'élu qu'il se positionne, y compris sur des champs sur lesquels il n'a pas de compétence fondamentale* ».

En matière de perspectives, la totalité des élus a demandé plus de formation sur la santé mentale en général. Tous ont aussi fait part d'un besoin de davantage de coordination entre acteurs. Huit d'entre eux ont insisté sur le fonctionnement de la psychiatrie publique, qu'ils voient comme en interaction directe avec la gestion de la santé mentale dans leur commune. Trois élus ont exprimé leur souhait de ne plus avoir de rôle dans les HSC « *afin de se recentrer sur les actions de prévention* ».

Tableau 1 : Principales caractéristiques des communes sondées

Nom de la commune	Nombre d'habitants (INSEE, 2017)	Nuance politique (Ministère de l'Intérieur)	Contact déjà élu dans la mandature précédente	Fonction(s) de(s) (l') interlocuteur(s)	Présence d'un adjoint spécifiquement délégué à la santé	Présence d'un conseiller municipal spécifiquement délégué à la santé	Existence d'au moins 1 QPV	Taux de pauvreté ** (INSEE, 2017)	EPSM de rattachement
Bassens	7 336	Divers gauche	Oui	Adjoint au maire (affaires sociales) + Conseiller municipal délégué	Oui	Non	Oui	17 %	Cadillac
Bordeaux	257 804	Union de la gauche	Non	Adjoint au maire (santé)	Oui	Oui	Oui	17 %	Charles Perrens et Cadillac
Cenon	24 975	Union de la gauche	Oui	Adjoint au maire (affaires sociales)	Non	Non	Oui	27%	Cadillac
Gradignan	25 964	Divers droite	Oui	Conseiller municipal délégué	Non	Oui	Oui	10 %	Charles Perrens
Lormont	23 871	Divers gauche	Oui	Adjoint au maire (santé) + Conseiller municipal délégué + chargé de mission santé	Oui	Oui	Oui	28 %	Cadillac
Mérignac	70 815	Union de la gauche	Non	Adjoint au maire (santé)	Oui	Non	Oui	11 %	Charles Perrens

Nom de la commune	Nombre d'habitants (INSEE, 2017)	Nuance politique (Ministère de l'Intérieur)	Contact déjà élu dans la mandature précédente	Fonction(s) de(s) (l') interlocuteur(s)	Présence d'un adjoint spécifiquement délégué à la santé	Présence d'un conseiller municipal spécifiquement délégué à la santé	Existence d'au moins 1 QPV	Taux de pauvreté ^{**} (INSEE, 2017)	EPSM de rattachement
Saint-Aubin-de-Médoc	7 533	Divers droite	Oui	Maire	Non	Non	Non	5 %	Charles Perrens
Saint-Louis-de-Montferrand	2 169	Non applicable *	Oui	Maire	Non	Non	Non	12 %	Cadillac
Talence	43 574	Divers centre	Non	Adjoint au maire (santé)	Oui	Non	Oui	16 %	Charles Perrens

* Les nuances politiques ne sont déterminées, par le ministère de l'Intérieur, que pour les communes de plus de 3500 habitants.

** Pour l'INSEE, le taux de pauvreté est fixé par rapport à un seuil, correspondant à 60 % du revenu médian, c'est-à-dire, en 2017, 1041 euros par mois pour un ménage constitué d'un adulte seul

3.4. Discussion

De façon consensuelle, la santé, en général, et la santé mentale, en particulier, apparaissent comme des enjeux des politiques municipales, essentiellement autour de la gestion de situations individuelles, de façon aiguë ou chronique. La question des HSC cristallise à elle seule de nombreuses difficultés. La mise en place de politiques plus structurelles de santé mentale apparait, pour les élus, comme étroitement liée à la question de moyens disponibles et d'une formation plus poussée qui leur permettrait d'avoir une vision plus globale de ces questions.

Cette étude a permis de donner la parole aux élus municipaux à l'aune du mandat 2020-2026. En rassemblant d'anciens et de nouveaux élus, elle permet de faire un état des lieux réaliste des attentes et craintes de ceux qui occuperont les gouvernances municipales dans les prochaines années. La fonction de l'investigateur, non-dépendant directement d'un centre hospitalier ou d'une instance d'administration de santé, a favorisé une liberté de parole. De façon notable, les difficultés aussi bien que les axes d'amélioration se sont révélés assez consensuels entre les différents élus qui ont participé à cette enquête.

Parmi ses limites, on peut noter que seul un tiers des communes de la métropole a été investigué avec succès. Si la représentativité semble de mise (taille de commune, nuance politique, structure socio-économique, centre hospitalier de rattachement), on ne peut que regretter qu'un nombre plus important de communes n'ait pas répondu ou pu être contactées. Les impératifs temporels liés à la réalisation de cette étude, la mobilisation des équipes municipales en ces temps d'installation de nouveaux conseils municipaux et la crise sanitaire du COVID-19 en sont des explications. Un possible biais de sélection est aussi à envisager : il est possible que seuls les élus municipaux ayant un intérêt particulier pour la santé mentale aient répondu. De plus, le territoire de la métropole bordelaise n'est pas représentatif de l'ensemble du territoire girondin, néo-aquitain ni français. Il s'agit d'un territoire urbain, dont le niveau d'attractivité et de vie est globalement favorable (290). Il serait intéressant de sonder des communes d'autres types de territoires, notamment rurales, y compris dans d'autres régions de France pour avoir un état des lieux qui puissent éclairer d'éventuelles politiques nationales.

De façon générale, les apports de cette étude concordent avec les données issues de séminaires, auprès d'élus participants volontaires (229). Il existe en outre une forte demande de formation et de coopération accrue avec les structures, que les élus jugent pour le moment non-satisfaisante.

Des actions ont déjà été évoquées dans le dernier CLS métropolitain (158) mais pas encore mises en œuvre. Il semble en outre manquer de données fines, comme par exemple, le nombre réel d'ASPDRE effectivement mises en place par commune. Le CLS mentionne des projets de formation des nouveaux élus, éventuellement en lien avec l'Association des Maires de Gironde (AMG). De même, des équipes mobiles, dont le besoin a été mentionné par un élu, existent (équipes mobiles de crise telles que l'Equipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise (EPIC), les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), etc.) mais elles ne couvrent que certains secteurs et pour des indications précises.

Une meilleure coordination entre les différents acteurs politiques et la psychiatrie publique est souvent pointée comme un besoin. Le CLSM de Bordeaux, dont le financement est en voie d'augmentation, d'après sa coordinatrice, est souvent mis en avant comme exemple pérenne ; plusieurs élus d'autres communes ont indiqué leur souhait d'une extension du CLSM bordelais à l'ensemble de la métropole. Or, trouver la bonne échelle pour agir concrètement reste objet de débat.

Nous nous sommes interrogés sur la prévalence élevée des ALD psychiatriques dans la métropole selon l'Observatoire Régional de Santé (285). Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être évoquées : effet de sur-diagnostic dans un territoire où l'offre médicale est plutôt plus étoffée qu'ailleurs ? Effet d'un afflux important de population

entraînant une surpopulation, un allongement des temps de transport, un mal-logement ? D'autres études seraient utiles pour investiguer ces hypothèses.

3.5. Conclusion

Si l'implication des élus locaux du territoire de *Bordeaux métropole* autour de la santé mentale ne fait pas de doute, c'est seulement récemment que des actions émergent pour favoriser une vraie compétence locale en santé mentale. La mise en place des CLS et CLSM, qui permettent aux différents acteurs de se rencontrer et réfléchir à des solutions concrètes pour apporter des réponses adaptées à un territoire, en est un exemple. Si elles sont centrées essentiellement sur des réponses à des situations individuelles problématiques, il serait intéressant de faire naître des lignes d'actions structurelles de prévention et de promotion de la santé mentale à l'échelon municipal. Il y a fort à parier qu'en cette période de mutations de la gouvernance de santé, le champ de la gouvernance locale de la santé mentale connaîtra lui-même de profondes évolutions.

CONCLUSION

Afin d'étudier un aspect des liens qui unissent la santé et le politique, nous nous sommes employés à investiguer la place qu'occupent les élus locaux dans la gouvernance sanitaire.

A propos de la politique de santé en général, nous avons d'abord montré combien sa gouvernance en France était historiquement marquée par une prégnance de l'Etat central et de son administration déconcentrée en région. Nous avons pourtant vu, en parallèle, que la santé ne restait pas à l'écart des mouvements généraux de décentralisation et de territorialisation des politiques publiques. De plus, la dynamique de santé communautaire, promue par l'OMS, contribue à replacer les politiques sanitaires au cœur des populations et des usagers. Au-delà des quelques compétences obligatoires que doivent exercer les collectivités territoriales (municipalités, intercommunalités, départements, régions), celles-ci ont de nombreuses possibilités de se saisir des enjeux sanitaires. Chacune avec sa particularité, ces entités peuvent en effet agir, tant sur l'offre de soins (surtout dans les territoires en déficit de ce point de vue) que sur la promotion de la santé. A ce titre, leur action sur les déterminants de santé est rendue d'autant plus pertinente qu'elle se fait souvent sous un angle pragmatique, partant du terrain et de ses réalités.

La santé mentale, non seulement ne fait pas exception, mais elle constitue peut-être l'archétype de politique sanitaire qui peut se décliner au niveau local. La notion de santé communautaire s'est en effet particulièrement développée en psychiatrie, sous le nom de psychiatrie citoyenne ou psychiatrie communautaire notamment. De même, la politique dite « du secteur » a été précurseur de la territorialisation de la médecine, aujourd'hui largement vantée, et complétée par l'avènement récent des CLSM. Le lien avec le politique est dès lors étroit : les troubles psychiques, tant dans leur genèse et leur expression que dans leurs conséquences, sont en prise directe avec l'environnement, l'espace public et l'espace politique. Les régions et les départements peuvent appliquer leurs prérogatives à la santé mentale. Ces derniers ont en particulier un rôle majeur dans le handicap psychique. Les maires, en tant qu'interlocuteurs de première ligne, apparaissent particulièrement concernés, d'abord parce qu'ils sont souvent sollicités par la population, mais aussi pour leur rôle légal vis-à-vis de l'initiation de soins sans consentement.

Nous avons enfin voulu confronter ces données issues de la littérature avec les difficultés, initiatives et attentes des élus municipaux en matière de santé mentale à l'échelle d'un territoire : *Bordeaux Métropole*. Avec ses spécificités, il nous a permis de dresser un état des lieux à l'aune du mandat municipal 2020-2026. L'implication apparaît réelle, les difficultés nombreuses et les attentes fortes, notamment en matière de formation et de coordination des acteurs.

C'est donc une partie du champ de la gouvernance en santé que nous avons étudiée dans ce travail. Celle-ci semble néanmoins en perpétuelle mutation. La crise sanitaire du COVID-19 a précipité de nombreux débats. Plusieurs personnalités se sont prononcées pour donner davantage de poids aux élus locaux dans les politiques de santé. C'est le cas d'A. ROUSSET, président (PS) du Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine (291) ou encore d'une proposition de loi de six députés Les Républicains (LR) qui, au mois de juin, visait à remplacer les ARS par des Conseils Régionaux du Soins qui seraient dirigés par un élu local (292). A l'inverse, J-Y GRALL, président du collège des directeurs généraux d'ARS a fait valoir « *l'unité sur tout le territoire* » permise par cette organisation où l'Etat occupe une large place (293).

Il sera particulièrement intéressant de suivre l'évolution des débats, au décours de cette crise sanitaire. Va-t-on aller vers un renforcement de l'organisation des ARS, afin de les rendre encore plus opérationnelles ? Va-t-on au contraire déléguer davantage de pouvoir aux collectivités territoriales ? Si oui, à quels échelons pour quelles compétences ? La gouvernance de santé n'a pas fini de se recomposer !

ANNEXE 1 : Principales agences, instituts et autorités exerçant dans le domaine de la santé

- L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) : établissement public sous l'autorité du ministère de la Santé, chargé d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et dispositifs médicaux (16).
- La Haute Autorité de Santé (HAS), « autorité publique indépendante à caractère scientifique », créée en 2004 et qui vise à « développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social ». Celle-ci établit notamment des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) à l'attention des professionnels de santé (17).
- L'Agence Nationale de Santé Publique (Santé publique France), créée en 2016 et issue de la fusion :
 - De l'Institut de Veille Sanitaire (Invs) ;
 - De l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes) ;
 - De l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) ;
 - D'Addictions Drogues ALcool Info Service (ADALIS). C'est un établissement public à caractère administratif qui a pour mission « d'améliorer et de protéger la santé des populations » avec trois maîtres-mots : « anticiper, comprendre et agir » (294).
- L'Institut National du Cancer (INCa) qui fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer (295).
- L'Établissement Français du Sang (EFS) dont la mission principale est de garantir l'autosuffisance de la France en produits sanguins (296).
- Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui fournit aux pouvoirs publics des avis et expertises sur les questions de santé publique (18).
- L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm) axé sur la recherche autour des questions de santé humaine (297).
- L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) qui exerce une mission de formation et de recherche dans le domaine de la santé publique et de l'administration en santé (298).

ANNEXE 2 : Exemples d'actions mises en place par les CLSM

<i>Observation/diagnostic</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux des personnes en perte d'autonomie vivant avec un trouble psychique (Marseille). • Observatoire local des besoins en santé mentale (Caen). • Recensement des personnes hébergées en Centre d'Hébergement et de Stabilisation (CHS) /Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) avec troubles mentaux (Paris). • Veille à propos des données en santé mentale sur le territoire (Bastia).
<i>Réduction des inégalités socio-territoriales de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention dans les quartiers en lien avec l'ASV (Saint-Ouen). • Présence du CLSM dans les QPV avec mise en place d'un conseil de secteur (Lille sud). • Représentations théâtrales tous les mois avec et pour les habitants des quartiers (Tourcoing).
<i>Formation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Echanges entre les secteurs de la mairie qui accueillent du public et le secteur psychiatrique (Les Pavillons-sous-Bois). • Formation des agents d'accueil de la ville « Santé mentale : quel accueil ? » (Nice). • Partenariat pour la mise en place d'une formation universitaire visant à aider les professionnels de première ligne à mieux repérer les signes de souffrance psychique (Brest). • Conférence sur la prévention du suicide (Valence).
<i>Accès aux soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail sur la question de la démographie médicale et sur la prise en charge des urgences en santé mentale (Pays Charolais-Brionnais). • Mise en place d'une permanence psychologique en mairie de quartier (Lille). • Création d'une consultation psychiatrique avancée dans les centres municipaux de santé (Nanterre).
<i>Logement/habitat</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation de gardiens d'immeubles et création de logement dédiés dans la ville (Suresne). • Partenariat avec les bailleurs sociaux pour l'accès et le maintien dans les logements du parc social locatif (Toulouse). • Fluidification des signalements et des prises en charge autour de la « thématique Diogène » (Paris 11^{ème}).

	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du programme « logement et Santé mentale » entre le secteur psychiatrique et l'office HLM « Plaine Commune Habitat ».
<i>Insertion professionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Co-animation de « cafés-emploi » (Pays du Lunévillois). • Création d'un <i>clubhouse</i> (Val d'Oise Est). • Formations avec Cap Emploi et Pôle Emploi (Pays basque).
<i>Accès aux loisirs et à la culture</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail sur l'amélioration de l'accès aux services culturels et sportifs pour les enfants souffrant de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) (Saint-Ouen). • Ateliers mixtes ouverts au grand public et aux résidents d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) (Nemours). • Activité physique adaptée en direction des personnes en souffrance psychique (Creil). • Médiation culturelle au sein des musées et médiathèques de la ville (Toulouse).
<i>Droits des usagers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'information animées par un juriste sur les droits des usagers avec participation du GEM local et de travailleurs d'un ESAT (Nanterre).
<i>Citoyenneté des usagers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement à la création d'un GEM (Grivors-Grigny). • Enquête sur la participation citoyenne des personnes en souffrance psychique (Rennes). • Accompagnement à la création d'une association d'usagers (Pays de Martigues). • Travail avec les usagers pour préparer leurs interventions en assemblée plénière (Pays de Martigues). • Travail avec une comédienne pour réalisation d'une pièce de théâtre par les membres du GEM (Val d'Oise est) qui sera jouée en maison de quartier et au sein du pôle de psychiatrie pour inciter à la participation.
<i>Promotion de la santé mentale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers « mieux-être » à destination du grand public (banlieue sud-est de Lille). • Mise en place d'un comité d'organisation de Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) (Lille). • Coordination des événements sur le département de la Loire (Saint-Etienne). • Cafés-psy mensuels (Rosny-sous-Bois). • Mise en place de conférences « Mardi de la santé mentale » (Pays Charolais-Brionnais). • Guide ressource en santé mentale (Pays Viennois).

	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres avec les habitants « Et si l'on parlait Santé Mentale » (Tourcoing).
<i>Santé mentale des enfants et des adolescents</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail de sensibilisation des professionnels de première ligne sur l'autisme (Lille). • Organisation de conférences « Les transitions qui font grandir » avec le CMPEA et le service prévention-santé de la ville (Rueil-Malmaison). • Lien entre service municipal enfance-jeunesse et pôle de pédopsychiatrie (Saint-Ouen). • Psychologue assurant des vacances dans les collèges et lycées (Rueil-Malmaison). • Groupe de travail décrochage scolaire (Rambouillet). • Plateforme « Jeunesse et santé mentale » avec équipe mobile (Saint-Denis). • Sensibilisation sur les violences intra-familiales auprès des lycéens (Grivors-Grigny). • Sensibilisation sur l'estime de soi en 3^{ème} (Suresne).
<i>Parentalité</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la dépression post-natale (Lille). • Création d'une plaquette présentant le circuit de prise en charge en pédopsychiatrie traduite en plusieurs langues (Haut-Rhin). • Atelier axé sur la communication bienveillante (Angoulême-Soyaux). • Sensibilisation à l'utilisation excessive des écrans (Nanterre).
<i>Santé mentale des personnes âgées</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Action de prévention « Bien vivre sa retraite » (Pays du Lunévillois). • Mise en place d'un suivi téléphonique pour prévenir les risques de suicide chez les personnes âgées (Pays du Lunévillois). • Partenariat avec le dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) (Roubaix).
<i>Soins sans consentement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des polices nationale et municipale (Limoges). • Sensibilisation des adjoints au maire et de leur équipe à la question des soins sans consentement (Lille). • Procédure en cours d'élaboration, en partenariat avec l'Ordre des médecins, pour répondre à la difficulté de saisine des médecins généralistes dans le cadre des SPDRE (Angoulême-Soyaux).
<i>Prévention du suicide</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à la prévention du suicide et au repérage de la crise suicidaire (Angoulême-Soyaux, Pays de Saint-Malo, Brest).

<p><i>Santé mentale et précarité</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de journées d'information sur la « clinique de la précarité » à destination des travailleurs sociaux (Rennes). • Réflexion sur la mise en place d'une réponse à la souffrance psychique des personnes migrantes (Rennes). • Participation à la gouvernance du projet « Accès à la psychiatrie ambulatoire des personnes sans logement personnel » (Marseille).
<p><i>Addictions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions en direction des jeunes et des parents sur l'addiction aux écrans : « Un jour sans portable » suivi d'une conférence « Les écrans, ça rend accro » (Suresnes). • Mise en place d'une journée d'échanges à destination des professionnels de la métropole sur « Addictions et psychiatrie » (Lille / Roubaix).

ANNEXE 3 : Questionnaire

L'implication des municipalités dans la politique de santé mentale : diagnostic, enjeux et perspectives

Questionnaire à l'attention des maires de l'ensemble des communes regroupées au sein de Bordeaux Métropole

1. De façon générale, la santé est-elle un enjeu significatif dans le cadre des politiques municipales ?

- Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

2. De façon générale, la santé mentale est-elle un enjeu significatif dans le cadre des politiques municipales ?

- Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

3. A quelle(s) situation(s) en lien avec la santé mentale êtes-vous significativement confronté(e)?

- Troubles du comportement dans le domaine public ou privé (*par exemple : troubles à l'ordre public, plaintes du voisinage, plaintes d'un autre membre du foyer...*)
- Hospitalisations sans consentement (*notamment sur décision du représentant de l'Etat dont le maire peut être l'instigateur conformément à l'article L. 3213-2 du Code de Santé Publique*)
- Incurie (*c'est-à-dire personne manquant de façon notable d'hygiène corporelle ou dans l'entretien de son logement avec insalubrité, accumulations diverses...*)
- Souffrance psychosociale (*personne en souffrance psychique même sans diagnostic psychiatrique établi*)
- Troubles en lien avec l'usage de substances (*alcool, cannabis, cocaïne...*)

4. De façon générale, quel(s) type(s) de situation(s) en lien avec la santé mentale vous mettent le plus en difficulté ?

5. Signez-vous régulièrement des arrêtés municipaux d'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) ?

- Jamais Moins de 10 par an Entre 10 et 50 par an Plus de 50 par an

6. Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise ou en difficulté quand vous devez signer un arrêté municipal d'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) ?

- Jamais Régulièrement Souvent Toujours

7. Votre commune comprend-elle un Quartier Prioritaire de la politique de la Ville (QPV) ? Si oui, quelles sont les particularités que vous percevez en termes de santé mentale (problématiques rencontrées, éventuelles actions mises en place...)?

Non

Oui

Si oui, quelles en sont les particularités en termes de santé mentale ?

8. Avez-vous mis en place des actions significatives centrées sur la santé mentale dans votre commune ? Si oui, pouvez-vous citer les plus significatives ?

Non

Oui

Si oui, quelles sont, selon vous, les plus significatives ?

9. Avez-vous déjà participé à une action de formation des élus (formation formalisée, colloque...) ?

- Oui, en lien avec la santé mentale
- Oui, en lien avec la santé en général
- Non

10. Pensez-vous utile de proposer davantage de formations en matière de santé mentale à l'égard des élus locaux et du personnel municipal (agents du Centre Communal d'Action Sociale...) ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Plutôt non
- Pas du tout

11. Considérez-vous disposer d'un budget suffisant pour traiter des problématiques de santé mentale ?

- Oui
- Non

12. Quelles pistes pourraient améliorer et faciliter le travail des municipalités en santé mentale ? (budget, prérogatives, formations, lien avec l'hôpital public, coordination des acteurs...)

BIBLIOGRAPHIE

1. Fassin D (1996). L'espace politique de la santé. Essai de généalogie ; Presses Universitaires de France, Paris.
2. Foucault M (1978). La naissance de la biopolitique ; Gallimard, Paris.
3. Organisation Mondiale de la Santé (2015). La gouvernance : un défi pour le monde au XXI^{ème} siècle. <https://www.who.int/dg/speeches/2015/georgetown-university-lecture/fr/>
4. Agence Régionale de Santé (2018). Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>
5. Haschar-Noé N, Salamero E, Honta M (2015). La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé. Journal de Gestion et d'Economie de la Santé ; 33(6) : 375-388.
6. Costanzo S (2006). Elu et santé : votre santé nous intéresse. Territoires. <http://www.adels.org/territoires/469.htm#p>
7. Goulier G, Andlauer O, Sechter D (2013). Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ? L'Information Psychiatrique ; 89(8) : 685-693
8. Palier B (2009). Les grands systèmes de protection maladie. *In* Traité d'économie et de gestion de la santé ; Presses de Sciences Po, Paris.
9. Tabuteau D (2009). La décision sanitaire. *In* Traité d'économie et de gestion de la santé ; Presses de Sciences Po, Paris.
10. Laforcade M (2011). Agence Régionale de Santé et Prévention : une révolution culturelle ? *In* Agir pour la promotion de la santé ; ERES, Toulouse.
11. Frinault T (2012). Le pouvoir territorialisé en France ; Presses universitaires de Rennes, Rennes.
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Organisation. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/>
13. Journal Officiel de la République Française. Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.
14. L'Assurance Maladie. Notre organisation. <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes>
15. L'Assurance Maladie. Notre santé, protégeons-la ensemble. https://www.ameli.fr/sites/default/files/bd_cnam_brochure_instit_192x272_generique_180824.pdf

16. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. L'ANSM, agence d'évaluation, d'expertise et de décision. [https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/(offset)/0)
17. Haute Autorité de Santé. La HAS en bref. https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref
18. Haut Conseil de la Santé Publique. Le HCSP. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp>
19. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
20. Vie publique.fr. Les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). <https://www.vie-publique.fr/fiches/21969-les-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-lfss>
21. Sénat (2013). Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé, par MM. Jacky Le Menn et Alain Milon. <http://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.pdf>
22. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
23. Prisse N (2013). L'Etat et les collectivités territoriales. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 56-58.
24. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/>
25. Agence Régionale de Santé. Le projet régional de santé 2018-2022. <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4>
26. Dupré R, Laurent S, Jaxel-Truer P (2020). Masques, tests, consignes peu claires : les agences régionales de santé, boucs émissaires de la crise sanitaire. Le Monde. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/25/les-ars-bouc-emissaire-de-la-crise-sanitaire_6037745_3244.html
27. Honta M, Basson J-C (2017). La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. Gouvernement et action publique ; 6(2) : 63-82.
28. El Ghazi L (2013). Gouverner notre système de santé. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 59-60.
29. Constitution. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

30. Journal Officiel de la République Française. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.
31. Tabuteau D (2012). Santé et politique en France. Recherche en soins infirmiers ; (109) : 6-15.
32. Hassenteufel P (2014). Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique. Socio-logos. <https://journals.openedition.org/socio-logos/2812>
33. Bauduret J-F (2002). Chronique sur 35 ans de sectorisation psychiatrique 1960-1995. Rhizome ; (9) : 3-4.
34. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
35. Treppoz Bruant (2013). L'évolution, en droit, des compétences des collectivités territoriales en matière de santé depuis 1994. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 14-16.
36. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales.
37. Sénat (1992). Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel français en vue de son éventuelle réforme, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 17 décembre 1991, par M. Jacques Sourdille.
38. Truchet D (2004). Santé : la centralisation inéluctable ? Annuaire des collectivités locales ; (24) : 139-142.
39. Loncle P (2005). Territoires et innovation sociale. Revue française d'administration publique ; 3(115) : 399-402.
40. Godeluck S (2020). Coronavirus: comment fonctionne la cellule de crise du gouvernement. Les Echos. <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/coronavirus-comment-fonctionne-la-cellule-de-crise-du-gouvernement-1182040>
41. Clavier C (2009). Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. Sciences sociales et santé ; 27(2) : 47-74.
42. Cherubini B (2011). Villes et santé : vers une remobilisation progressive des acteurs et des usagers. *In* Agir pour la promotion de la santé ; ERES, Toulouse.
43. France Archives. Création de la DATAR. <https://francearchives.fr/fr/commemo/recueil-2013/39409>

44. Journal Officiel de la République Française. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
45. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
46. Amat-Roze J-M (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. Hérodote ; 143(4) : 13-32 ;
47. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Base des bassins de vie. <https://www.insee.fr/fr/information/2115016>
48. Morkos M (2013). Le PMSI, qu'est-ce que c'est ? Hospitalia ; (8) : 48-50.
49. Vaguet A (2001). Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires. Nature Sciences Société ; 9(4) : 36-42.
50. Journal Officiel de la République Française. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
51. Journal Officiel de la République Française. Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004.
52. Coldefy M, Lucas-Gabrielli V (2012). Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011. Questions d'économie de la santé ; (175) : 1-8.
53. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
54. Fleuret S (2016). Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Sciences sociales et santé ; 34(2) : 107-115.
55. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J (2009). Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la santé ; (141) : 1-6.
56. Chauvin P. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 29-30.
57. Beaubreuil T (2011). Le « spatialisme » du dernier Halbwachs. Espaces et sociétés ; 144 (1) : 157-171.
58. Chauvin P, Parizot I (2009). Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte SIRS (2005). Les cahiers de l'ONZUS ; (1) : 1-105.

59. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
60. Schrecker C. Le concept de communauté dans la sociologie anglo-saxonne. Diversité ; (50) : 57-59.
61. Organisation Mondiale de la Santé (1997). Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaratio_n_fr.pdf
62. Journal Officiel de la République Française. Décret n°91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé.
63. Organisation Mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
64. Organisation Mondiale de la Santé (2006). Constitution. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
65. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
66. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Santé publique ; 24(2) : 165-178 ;
67. Eliasoph N. Citoyens du quotidien. Espace Temps ; (76) : 110-121.
68. Basson J-C, Honta M (2018). Se bien conduire dans une ville saine : La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse ; 32(1) : 129-153.
69. Goudet B (2009). Développer des pratiques communautaires en santé et développement local ; Chronique sociale, Lyon.
70. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
71. Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. Les contrats de ville. <https://cget.gouv.fr/dossiers/contrats-de-ville>
72. Bordeaux Métropole (2018). Politique de la Ville. <https://www.bordeaux-metropole.fr/Metropole/Bordeaux-Metropole-s-engage/Politique-de-la-Ville>

73. Journal Officiel de la République Française. Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.
74. Haut Conseil de la Santé Publique (2013). Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé Place des Ateliers santé ville.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=352>
75. Direction Interministérielle à la Ville (2007). Ateliers Santé Ville une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf
76. Comité Interministériel des Villes (2012). Référentiel National des Ateliers Santé Ville (ASV).
<https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/projet-referentiel-asv-120503-light.pdf>
77. El Ghazi (2012). Pourquoi et comment un Elu local doit-il s'intéresser à la santé mentale de ses concitoyens? Colloque de l'Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale.
<https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/colloque-xvie-ouverture2-el-ghazi-resume.pdf>
78. Motard C, Tessier S (2016). Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires. Santé Publique ; 28(6) : 729-733.
79. Mannoni C (2010). Les ateliers santé ville, une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé. Profession banlieue.
<https://www.professionbanlieue.org/IMG/pdf/visite.pdf>
80. Élus, Santé Publique, Territoires. Accueil. <https://espt.asso.fr/>
81. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1432-4.
82. Assemblée Nationale (2012). Rapport d'information, déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prévention sanitaire, par M. J-L Prével. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4334.asp>
83. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé.
84. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS). <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-conseils-territoriaux-de-sante-cts-4>

85. La Case de santé - centre de santé communautaire. Accueil.
<https://www.casedesante.org/>
86. Haschar-Noé N, Basson J-C (2019). Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. *Innovations* ; (60) : 121-144.
87. Organisation Mondiale de la Santé (1991). La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expériences de quelques pays.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40744/9242561371_%28p1-p80%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
88. Duru E (2019). Déconcentration versus décentralisation : quelques lettres qui font toute la différence.... *Valeurs actuelles*.
<https://www.valeursactuelles.com/politique/deconcentration-versus-decentralisation-quelques-lettres-qui-font-toute-la-difference-104471>
89. Bras P-L (2009). Décentralisation et politique de santé. *In* Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po. Paris.
90. Vulbeau A (2005). Décentralisation et déconcentration, les faux jumeaux. *Informations sociales* ; 121(1) : 51-52.
91. Salamon R (2011). ARS : un an après. *Actualité et dossier en santé publique* ; (74) : 2.
92. Autès M (2009). Territoires, santé, démocratie. *Sciences Sociales et santé* ; 27(2) : 75-78.
93. Haschar-Noé N, Salaméro É (2016). La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». *Négociations et compromis sous tensions. Sciences sociales et santé* ; 121(1) : 51-52.
94. Le Bouler S, Jouglà E et al (2015). La territorialisation des politiques de santé. *In* Santé en France : problèmes et politiques ; La Documentation française, Paris.
95. Sirinelli J-F (2005). *Dictionnaire de l'Histoire de France* ; Larousse, Paris.
96. Greffe X (2005). *La décentralisation* ; La Découverte, Paris.
97. *Journal Officiel de la République Française*. Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.
98. Le Galès P (1999). Le desserrement du verrou de l'État ? *Revue internationale de politique comparée* ; (6) : 627-653.

99. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. La commission de coordination des politiques publiques (CCPP). <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/la-commission-de-coordination-des-politiques-publiques-ccpp>
100. Organisation Mondiale de la Santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=3070A6770CA4EDE47B62C07B7D73D924?sequence=1
101. Organisation Mondiale de la Santé (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
102. Conseil National des Villes (2011). Manifeste sur la santé dans les quartiers de politique de la ville. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Sante-Manifeste_13_10_11.pdf
103. Oberlé D (2013). La promotion de la santé, un concept pertinent d'intervention des collectivités territoriales. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 17-18.
104. Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale (2010). Qui sont les territoriaux au service des politiques publiques locales de la santé ? Synthèse. https://www.cnfpt.fr/sites/default/files/synthese_territoriaux_au_service_politiques_publiques_01.09.10_int_ext.pdf
105. Perrin F, Le Mab G (2013). Fonctions et rôles des médecins territoriaux, les enjeux de santé publique. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 24-25.
106. Clavier C (2005). Le politique et la santé publique : une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique en France et au Danemark. Politique européenne ; 15(1) : 199-204.
107. Lupton D (1995). The Imperative of Health : Public Health and the Regulated Body ; SAGE Publications Ltd, Newbury Park.
108. Basson J-C, Haschar-Noé N, Honta M (2013). Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique ; 61(2) : 81-88.
109. Clavier C (2011). La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark. Revue internationale de politique comparée ; 18(4) : 13-27.
110. El Ghazi L (2012). Les politiques municipales de santé publique. Les Tribunes de la santé ; 34(1) : 19-33.

111. Conseil National de l'Ordre des Médecins (2017). Construire l'avenir à partir des territoires : la réforme voulue par les médecins.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/14lzmj7/reformevoelueparlesmedecins.pdf>
112. Soutra H (2017). L'Ordre des médecins souhaite décentraliser l'organisation des soins. Le courrier des maires. <http://www.courrierdesmaires.fr/67441/lordre-des-medecins-souhaite-decentraliser-lorganisation-des-soins/>
113. Société Française de Santé Publique. Accueil. <https://www.sfsp.fr/content-page/item/1931-accueil>
114. Lecomte-Aumaître F (2013). Santé publique, SFSP et collectivités territoriales. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 64-65.
115. Febvrel D (2013). Apport des collectivités territoriales à la santé. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 26-29.
116. Direction Générale des Collectivités Territoriales. L'action sanitaire et sociale. <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/laction-sanitaire-et-sociale#>
117. Direction Générale des Collectivités Territoriales. Les pouvoirs de police et la sécurité des services publics locaux.
<https://www.collectivites-locales.gouv.fr/pouvoirs-police-et-securite-des-services-publics-locaux>
118. Vie publique. Qu'est-ce que la clause générale de compétence ? <https://www.vie-publique.fr/fiches/20105-la-clause-generale-de-competence-loi-notre-2015>
119. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.
120. Journal Officiel de la République Française. Code général des collectivités territoriales - Article L. 2213-4.
121. Journal Officiel de la République Française. Code général des collectivités territoriales - Article L. 2212-2.
122. Pagès Y (2013). Le Réseau des villes actives du Programme national nutrition santé. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 53-54.
123. Mairie de Paris. Se faire vacciner. <http://www.paris.fr/pages/se-faire-vacciner-72>
124. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

125. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1422-1.
126. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1422-2.
127. Ginot L (2013). Hygiène publique, habitat insalubre et promotion de la santé. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 49-50.
128. Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Équipement, Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable (2009). Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé, par Massin I, Laurand G, de Coustin H, Merloz A. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000429.pdf>
129. Mairie de Grenoble. Plan Municipal de Santé. <https://www.grenoble.fr/472-plan-municipal-de-sante.htm>
130. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1413-15.
131. Journal Officiel de la République Française. Code de l'action sociale et des familles - Article L. 121-6-1.
132. Journal Officiel de la République Française. Code de l'éducation - Article L 541-1.
133. Sénat (2018). Question orale n° 0254S de M. Gilbert-Luc Devinaz. <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ18030254S.html>
134. Clavaud-Parant F (2020). La médecine scolaire bientôt transférée aux départements ? Le populaire du centre. https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/la-medecine-scolaire-bientot-transferee-aux-departements_13744202/
135. Journal Officiel de la République Française. Code général des collectivités territoriales - Article L. 1511-8.
136. Hardy J-P (2013). Le point de vue de l'assemblée des départements de France. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 61-63.
137. De Haas P (2013). Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 47-48.
138. Bayad V (2013). Une organisation territoriale de santé complexe. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 19-21.
139. Journal Officiel de la République Française. Code de l'action sociale et des familles - Article L. 311-1.

140. Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale. Dictionnaire. <https://www.bnds.fr/dictionnaire/cs.html>
141. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 6143-1.
142. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 6143-5.
143. Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (2019). Hôpitaux : les maires ne veulent plus être négligés ni ignorés. <https://www.maire-info.com/sante-publique/h%C3%B4pitaux-les-maires-ne-veulent-plus-%C3%AAtre-negliges-ni-ignores-article-22678>
144. Bonnot O, Pelissolo A, Pommepuy N (2020). Un plan d'urgence massif pour la psychiatrie publique. Libération. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/12/un-plan-d-urgence-massif-pour-la-psychiatrie-publique_1788046
145. Comité Interministériel des Villes (2008). Espoir banlieue. http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/espoir-banlieues-dossier-presentation_cle2e7117.pdf
146. Journal Officiel de la République Française. Lettre - circulaire interministérielle N°DGS/DIV/DP1/2009/68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.
147. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1434-17.
148. Agence Régionale de Santé (2011). Contrats locaux de santé - Eléments de référence. http://www.ireps.gp/data/bruno/CRPV/Annexes%20CI%C3%A9%20Usb/Dossier%20%20-%20Apports%20m%C3%A9thodologiques/2-A%20-%20D%C3%A9marche%20globale/2-A-2%20-%20ARS_CLS_Elements_de_reference.pdf
149. Schapman-Ségalié S, Lombrail P (2013). État et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 44-46.
150. Baudot V (2013). L'appui aux collectivités territoriales par l'ingénierie. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 51-53.
151. Muziotti E (2016). Contribution de la Communauté de communes de la Vallée de la Bruche. Santé publique ; 28(6) : 735-739.
152. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Accueil. <http://www.villes-sante.com/>

153. Jurin V (2013). Le réseau français des villes-santé. Actualité et dossier en santé publique ; (82) : 21-22.
154. Cour des Comptes (2011). Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. La prévention sanitaire. Migaud D, Durreleman A, Bertrand J-M. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000186.pdf>
155. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte.
156. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (2016). Analyse des lois impactant les compétences des intercommunalités liées à la santé. http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Brochure_analyse_loi_competences_interco_sante_mai2016.pdf
157. Journal Officiel de la République Française. Code général des collectivités territoriales - Article L 5216-5.
158. Bordeaux Métropole (2019). Contrat Local de Santé métropolitain. <https://www.bordeaux-metropole.fr/Metropole/Bordeaux-Metropole-s-engage/Contrat-local-de-sante-metropolitain>
159. Direction Générale des Collectivités Territoriales. L'action sanitaire et sociale, tableau de répartition des compétences. https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/Action_sociale_et_sante.pdf
160. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1423-1.
161. Journal Officiel de la République Française. Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.
162. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 2111-1.
163. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 2112-1.
164. Journal Officiel de la République Française. Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
165. Journal Officiel de la République Française. Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé 2016-1023.
166. Conseil départemental de la Lozère. La médecine en milieu rural. <http://lozere.fr/la-medecine-en-milieu-rural.html>

167. Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle. Inauguration de la Maison de Santé pluridisciplinaire Louis-Lapicque à Audun-le-Roman.
<http://meurthe-et-moselle.fr/actu/inauguration-de-la-maison-de-sant%C3%A9-pluridisciplinaire-louis-lapicque-%C3%A0-audun-le-roman>
168. Journal Officiel de la République Française. Code de l'action sociale et des familles - Article L. 146-4.
169. Journal Officiel de la République Française. Code général des collectivités territoriales - Article L. 4221-1.
170. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 4383-5.
171. Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (2020). L'AMF propose de partager et faire connaître les actions engagées sur le terrain.
<https://www.amf.asso.fr/documents-lamf-propose-partager-faire-connaître-les-actions-engagees-sur-terrain/40048>
172. Assemblée des départements de France (2020). Les mesures des départements face à l'épidémie de covid-19. <http://www.departements.fr/mesures-mises-place-departements-cadre-de-letat-durgence-sanitaire-liee-a-lepidemie-de-covid-19/>
173. Régions de France (2020). Coronavirus : les mesures adoptées par les Régions.
<http://regions-france.org/actualites/actualites-nationales/coronavirus-mesures-adoptees-regions-10-avril-2020/>
174. Fondation Fondamental. Les maladies mentales. <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/idees-recues/chiffres-cles/10-20-ans>
175. Assemblée Nationale (2019). Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale, par Mme C. Fiat et Mme M. Wonner.
http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information
176. L'Assurance Maladie (2019). Cartographie médicalisée des dépenses de santé.
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies.pdf
177. Kannas S, Lepoutre R (2008). Un demi-siècle de prescription de psychotropes : quel bilan pour les utilisateurs, la psychiatrie et la société ? Cliniques méditerranéennes ; 77(1) : 93-110.
178. Demailly L (2006). La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique. *In* La psychologisation de l'intervention sociale ; L'Harmattan, Paris.

179. Roelandt J-L (2010). De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *L'Information Psychiatrique* ; 86(9) : 777-783.
180. Organisation Mondiale de la Santé (2018). La santé mentale : renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
181. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission, par Piel E, Roelandt J-L. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24799-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale>
182. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1110-8.
183. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2009). Le XX^{ème} siècle et le traitement des troubles mentaux. <https://www.cnle.gouv.fr/le-xxe-siecle-et-le-traitement-des.html>
184. Roelandt J-L, El Ghazi L (2015). Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *L'Information Psychiatrique* ; 91(7) : 539-548.
185. Faugeras P, Minard M (2010). Portrait d'un militant, François Tosquelles. *Sud/Nord* ; 25(1) : 49-56.
186. Lengellé C (2003). Entretien avec Lucien Bonnafé. *Santé mentale* ; (51) : 18-20.
187. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.
188. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
189. Joubert M, Bertolotto F (2003). Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques. *In* Santé mentale, ville et violences ; ERES, Paris.
190. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019). Santé et Psychiatrie : Agnès Buzyn annonce les résultats de deux appels à projets nationaux pour l'accompagnement et le soutien de l'offre en santé mentale et psychiatrie. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-et-psychiatrie-agnes-buzyn-annonce-les-resultats-de-deux-appels-a-projets>
191. Eurostat (2018). Lits d'hôpital en soins psychiatrique. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=fr&pcode=tps00047&plugin=1>

192. Coutant G (2012). Le nombre de lits en psychiatrie a baissé de 22% depuis 1994. Infirmiers.com.
<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/le-nombre-de-lits-en-psychiatrie-a-baisse-de-22-depuis-1994.html>
193. Gallais J-L (2014). Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'Information Psychiatrique ; 90(5) : 323-329.
194. Roelandt J-L (2006). Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. L'Information Psychiatrique ; 82(4) : 343-347.
195. Inspection Générale des Affaires Sociales (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, par Lopez A et Turan-Pelletier G. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf
196. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 69.
197. Écoles des Hautes Études en Santé Publique (2019). Mieux comprendre le PTSM dans les territoires. <http://clsm-ccoms.org/2019/04/23/mieux-comprendre-le-projet-territorial-de-sante-mentale-p-t-s-m-dans-les-territoires-en-5-minutes-par-lehesp/>
198. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.
199. Journal Officiel de la République Française. Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.
200. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (2020). Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) en Nouvelle Aquitaine. <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-en-nouvelle-aquitaine>
201. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (2020). Le Projet Territorial de Santé Mentale de Gironde : l'aboutissement d'un travail partenarial considérable et des perspectives ambitieuses. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-territorial-de-sante-mentale-de-gironde-laboutissement-dun-travail-partenarial>
202. Centre Hospitalier Charles Perrens. Questions psy : ouverture en septembre 2020. <https://www.ch-perrens.fr/actualites/questions-psy-ouverture-en-septembre-2020>
203. Ville F (2018). Engager un plan territorial de santé mentale. Le courrier des maires. <http://www.courrierdesmaires.fr/77655/engager-un-plan-territorial-de-sante-mentale/>
204. Zarifian E (1998). Les jardiniers de la folie ; Odile Jacob, Paris.
205. Bellak L (1964). Handbook of community psychiatry and community mental health ; Grune & Stratton, Oxford.

206. Bucheron B (2015). La psychiatrie de secteur, une parenthèse ? Soins psychiatrie ; 36(301) : 16-19.
207. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
208. Organisation Mondiale de la Santé (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
209. Association de familles et amis de personnes souffrant de maladies psychiques. Le rétablissement. <http://www.a3jura.ch/A3Jura/Theme-du-mois/7-La-notion-de-retablissement/Le-retablissement.html>
210. Roelandt J-L, Vaglio A et al (2015). La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». Pratiques en santé mentale ; 61(1) : 47-58 ;
211. Besançon N (2012). La psychiatrie citoyenne en France : actualité et avenir. Rhizome ; (45) : 24-30.
212. Lazure D (1967). Psychiatrie Sociale versus Psychiatrie Communautaire. Association canadienne de psychiatrie. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674376701201S03>
213. Papiou D (2017). Thèse de sciences politiques. Psychiatrie, psychanalyse et communisme. https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100191/2017PA100191_1.pdf
214. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
215. Journal Officiel de la République Française. Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.
216. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.
217. Rencontres soignantes en psychiatrie (2019). 36 millions d'euros pour les GEM en 2018. <https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/2019/07/22/36-millions-deuros-pour-les-gem-en-2018/>
218. Psycom. Carte des GEM. <http://www.psycom.org/Ou-s-adresser/Entraide/Groupes-d-entraide-mutuelle/Carte-des-GEM>

219. Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Gironde. Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) : un outil d'insertion dans la cité. http://www.mdp33.fr/le_groupe_d_entraide_mutuelle_gem_un_outil_d_insertion_dans_la_cite.html
220. Solidarités Usagers Psy. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-occuper-de-soi/groupes-d-entraide-mutuelle-gem/>
221. Roelandt L, Staedel B et al (2016). Le programme des médiateurs de santé-pairs dans trois régions françaises : bilan et perspectives. *In* Aller mieux, approches sociologiques ; Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.
222. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (2016). Le programme expérimental « Un chez soi d'abord » : abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf
223. Association pour la Réadaptation et l'Intégration. Dispositif d'insertion par le logement : un chez soi d'abord. <https://ari-accompagnement.fr/etablissement/un-chez-soi-dabord/>
224. Villani M, Kovess-Masféty V (2018). Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : état de situation et difficultés de mise en place. *L'Encéphale* ; 44(5) : 457-464.
225. Brajeul C (2017). Psychiatrie : La gêne du corps médical face aux « pairs aidants ». *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/04/25/psychiatrie-la-gene-du-corps-medical-face-aux-pairs-aidants_5117113_1650684.html
226. Roelandt J-L (2016). Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté. *L'Information Psychiatrique* ; 92(9) : 711-717.
227. Beetlestone E, Demassiet V et al (2015). Une expérience de partenariat entre élus, professionnels, et usagers pour favoriser le rétablissement en santé mentale. *L'Information Psychiatrique* ; 91(7) : 578-585.
228. Les Invités au Festin. Accueil. <https://www.lesinvitesaufestin.fr/>
229. Délégation Interministérielle à la Ville (2007). Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique. http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/sante-mentale_cle03281f.pdf

230. Association nationale des villes pour le développement de la santé publique (ESPT) (2007). Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale. http://www.ch-le-venatier.fr/documents/Publications/Journees_etude_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/ACT_ES_Le_maire_et_le_psychiatre_ensemble_pour_la_sante_mentale_13_mars_2007.pdf
231. Bertolotto F (2006). Fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale. *Rhizome* ; (24) : 5-6.
232. El Ghozi L (2005). Santé mentale : la part des villes. *In* La santé mentale en actes ; ERES, Paris.
233. Padis M-O (2015). Santé mentale : quels choix politiques ? Entretien avec Denys Robiliard. *Esprit* ; (3) : 106-110.
234. Centre National de Ressource et d'Appuis aux CLSM (2017). Santé mentale et politique de la ville : enjeux et leviers. http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2017/12/20171109_Synth%C3%A8se-rencontre-Sant%C3%A9-mentale-et-politique-de-la-ville.pdf
235. Rahmani R (2017). Les Resad d'Aubervilliers : un outil de prise en charge globale des situations psychosociales complexe. *Journal Resolis* ; (18) : 62-66.
236. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 1111-4.
237. Journal Officiel de la République Française. Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.
238. Journal Officiel de la République Française. Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
239. Journal Officiel de la République Française. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
240. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
241. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 3212-1 et -3.
242. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 3213-1.
243. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L. 3213-2.

244. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011.
245. Ministère de l'Intérieur (2006). Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance. <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-de-Nicolas-Sarkozy-2005-2007/Interventions/21.11.2006-Projet-de-loi-relatif-a-la-prevention-de-la-delinquance>
246. Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté (2020). Soins sans consentement en psychiatrie : informations aux maires et aux médecins. <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/soins-sans-consentement-en-psychiatrie-informations-aux-maires-et-aux-medecins>
247. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM (2018). Etat des lieux national 2018 des CLSM en France. http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf
248. Dino B, Didier B et al (2012). Quelle place pour les conseils locaux de la santé mentale dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ? https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_18.pdf
249. Lazarova R (2015). Les élus s'impliquent davantage dans les conseils locaux de santé mentale. Le courrier des maires. <http://www.courrierdesmaires.fr/50553/les-elus-simpliquent-davantage-dans-les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>
250. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM. Les conseils Locaux de Santé Mentale. <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale>
251. Journal officiel de la République Française. Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique. http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/circulaire_sectorisation_psychiatrique_19740501.pdf
252. Journal officiel de la République Française. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065611&dateTexte=20050725>
253. Ministère des Solidarités et de la Santé (2002). La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. Rapport, par J-L. Roelandt.
254. Ministères des Solidarités et de la Santé. Plan Santé mentale 2005-2008. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
255. Ministères des Solidarités et de la Santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>

256. Organisation Mondiale de la Santé (2005). Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf
257. Cour des comptes (2011). L'organisation des soins psychiatriques. Rapport, par Migaud D, Durrleman A, Bertrand J-M.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lorganisation-des-soins-psychiatriques>
258. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
259. Assemblée Nationale (2013). Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, par Robiliard D.
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
260. Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2014). Rapport sur le Service Public Territorial de Santé. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, par Devictor B. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf
261. Code de la Santé Publique. Article L. 3221-2.
262. Journal officiel de la République Française. Circulaire SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville.
263. Ministère des Solidarités et de la Santé (2016). Rapport relatif à la santé mentale, par Laforcade M.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
264. Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
265. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM (2020). Développement des CLSM au 1^{er} janvier 2020. <http://clsm-ccoms.org/2020/03/23/developpement-des-clsm-au-1er-janvier-2020/>
266. De Prigny P-R (2015). Pour une psychiatrie de l'amont : soins sans consentement et conseils locaux de santé mentale ; 91(7) : 557-562.
267. Bourdillon F, Lenoble E, Giampino S, Suesser P (2011). Prévention et santé mentale de l'enfant : des questions éthiques soulevées par des approches ciblées ; 23(hors-série) : 181-188.
268. Institut Médico-Educatif Le Logis de Villaine. Partenaires.
<https://imevillaine.fr/partenaires/>

269. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Le conseil départemental. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/points-dinformation-de-proximite/le-conseil-departemental>
270. Direction de l'information légale et administrative (2020). Handicap : foyer de vie (ou foyer de vie occupationnel). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2005>
271. Direction de l'information légale et administrative (2020). Handicap : Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15255>
272. Direction de l'information légale et administrative (2020). Handicap : Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2006>
273. Direction de l'information légale et administrative (2020). Prestation de Compensation du Handicap (PCH). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
274. Conseil Départemental de la Gironde (2017). Innovation : mutualisation de la PCH et maison partagée. <https://www.gironde.fr/actualites/innovation-mutualisation-de-la-pch-et-maison-partagee>
275. Conseil départemental de la Gironde (2020). Plan d'accès départemental de l'habitat inclusif, le Département de la Gironde innove. <https://www.gironde.fr/espace-presse/plan-d-acces-departemental-de-l-habitat-inclusif-le-departement-de-la-gironde-innove>
276. Université de Bretagne Occidentale. Informations générales. https://www.univ-brest.fr/formation-continue/menu/Formations/Sciences-de-la-Sante/Dipl-me-d_Etat-Infirmiere-en-pratique-avancee/Informations-generales.cid173647
277. Bordeaux Neurocampus. Tutelles et partenaires. <https://www.bordeaux-neurocampus.fr/qui-sommes-nous/partenaires/>
278. Observatoire Régional de Santé Nouvelle Aquitaine. Partenaires. <https://www.ors-na.org/partenaires/>
279. Biosse Duplan A (2017). Démocratie Sanitaire ; Dunod, Malakoff.
280. Lascoumes P (2007). L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? Politiques et Management public ; 25(2) : 129-144.
281. Berthod-Wurmser M, Bousquet F, Legal R (2017). Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter. Revue Française des Affaires Sociales ; (1) : 5-19.
282. Direction générale des collectivités locales (2018). Historique de la décentralisation. <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/decentralisation>

283. Denètre E (2018). Santé : les collectivités ont des idées à faire valoir face à l'impuissance régaliennne. Le courrier des maires. <http://www.courrierdesmaires.fr/76270/les-collectivites-desabusees-face-a-limpuissance-regaliennne/>
284. Bordeaux Métropole (2019). Publications. <https://www.bordeaux-metropole.fr/Publications?thematique=haute+qualit%C3%A9+de+vie>
285. Observatoire Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine (2016). Etat des lieux de la santé des habitants de la métropole. <https://www.bordeaux-metropole.fr/Metropole/Bordeaux-Metropole-s-engage/Contrat-local-de-sante-metropolitain>
286. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2017). Intercommunalité de Bordeaux Métropole. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-243300316>
287. Bordeaux Métropole (2020). 28 communes. <https://www.bordeaux-metropole.fr/Metropole/1-metropole-28-communes/28-communes>
288. Centre Hospitalier de Cadillac. Groupement de Coopération Sanitaire « Psychiatrie Publique 33 ». <https://www.ch-cadillac.fr/gcs-psychiatrie-publique-33>
289. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2017). Comparateur de territoires. Taux de pauvreté. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-33376>
290. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (2016). Territoires girondins : des niveaux de richesse très variés. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019988?sommaire=2019993>
291. Rochefort C (2020). Alain Rousset pour une régionalisation de la santé et de l'éducation. Le Petit Economiste. <https://www.lepetiteconomiste.com/Alain-Rousset-pour-une.9529>
292. Assemblée Nationale (2020). Proposition de loi n° 3036 visant à remplacer les agences régionales de santé par des conseils régionaux du soin dotés d'une nouvelle gouvernance.
293. Roux C (2020). Coronavirus : le patron des ARS défend le bilan des agences pendant la crise sanitaire. Le Généraliste. <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/coronavirus-le-patron-des-ars-defend-le-bilan-des-agences-pendant-la-crise-sanitaire>
294. Santé Publique France. Accueil. <http://santepubliquefrance.fr>
295. Institut National du Cancer. Accueil. <https://www.e-cancer.fr/>
296. Etablissement français du sang. L'organisation du don du sang. <https://dondesang.efs.sante.fr/comprendre/comment-est-organise-le-don-de-sang>

297. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Connaître l'Inserm.
<https://www.inserm.fr/connaitre-inserm>

298. Ecole des Hautes Études en Santé Publique. Organisation.
<https://www.ehesp.fr/ecole/organisation/>

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

IMPLICATION DES ELUS LOCAUX DANS LES POLITIQUES DE SANTE MENTALE

RESUME :

L'avènement et le développement des pratiques de démocratie sanitaire sont une des grandes évolutions des dernières décennies en santé. A ce titre, de nombreux acteurs sont mobilisés, dont les responsables politiques. En France, la gouvernance politique en santé est historiquement marquée par une prégnance de l'Etat central et de son administration déconcentrée (les Agences Régionales de Santé). Pour autant, les politiques de santé ne semblent pas rester à l'écart des mouvements de décentralisation et de territorialisation des politiques publiques. Ainsi, quelle est la place des élus locaux et des collectivités territoriales dans les politiques de santé ? Comment cette place se décline-t-elle dans le champ spécifique qu'est la santé mentale ? C'est par une revue de la littérature, complétée par une étude de cas, que nous tentons de répondre à ces deux questions.

Dans le domaine sanitaire, plusieurs processus ont contribué à légitimer la place des élus locaux en santé, notamment l'accent mis sur la territorialisation de la santé ou l'émergence, au niveau international comme national, du mouvement de santé dite communautaire. Au total, les élus locaux ont peu d'obligations légales, mais de réelles possibilités d'action, souvent encouragées par la population. La santé mentale a, en plus de déclinier les dynamiques applicables à la santé en général, ses caractéristiques propres : sectorisation, importance du mouvement de psychiatrie dite citoyenne, visibilité sociale des troubles mentaux. Les élus locaux, en particulier municipaux, sont souvent confrontés à des situations problématiques, de crise ou chroniques. En outre, les maires peuvent, sur la base d'un avis médical, initier des Hospitalisations Sans Consentement par Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (ASPDRE). Souvent sollicités, mais aux capacités d'action hétérogènes, ils apparaissent comme étant en première ligne face à de nombreux enjeux de santé mentale.

Nous avons mis en perspective ces données par une étude de cas, auprès d'élus municipaux, dans le territoire de *Bordeaux Métropole*, à l'aune du mandat 2020-2026. Ce territoire allie volonté d'action politique en santé et prévalence élevée de troubles mentaux. Besoin de formation, de coordination avec les autres acteurs, mais aussi de psychiatrie publique efficiente sur laquelle pouvoir s'appuyer, sont les maîtres-mots des attentes des élus municipaux rencontrés.

La crise sanitaire du COVID-19 a, plus récemment, suscité de nombreuses interrogations sur la gouvernance sanitaire. Il sera instructif d'en étudier, au décours, les conséquences sur son organisation et la place à venir des collectivités territoriales.

DISCIPLINE : PSYCHIATRIE

MOTS-CLEFS : Politique de santé, collectivités territoriales, démocratie sanitaire, Contrat Local de Santé (CLS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).

ADRESSE DE L'UFR : UFR DES SCIENCES MEDICALES, UNIVERSITE DE BORDEAUX, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex