Master 2 PPASP - 2018

UE 09 – Evaluation des politiques et des programmes en santé publique

Commande CCOMS

Conseils Locaux en Santé Mentale

Gwenaëlle Bouhier

Béatrice Cadou-Plante

Romain Gallard

Maëlle Gouriff

Audresy Gaston

Chrispin Niyomwungere

Hélène Salsmann

Sommaire

Introduction ..... **- 7 -**

1 Méthodologie ..... **- 9 -**

1.1 Approche générale ..... - 9 -

1.2 Recueil de données ..... - 9 -

1.3 Construction d'une réponse collective à la commande ..... - 11 -

2 Résultats ..... **- 13 -**

2.1 Définition du CLSM et d'une politique locale de santé mentale ..... - 13 -

2.2 Le modèle logique ..... - 14 -

2.3 Le référentiel ..... - 19 -

3 Discussion ..... **- 22 -**

Bibliographie ..... **- 25 -**

Liste des annexes ..... **I**

Guide d'entretien I

Modèle logique I

Référentiel I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CLSM : Conseil local en santé mentale

OMS : Organisation mondiale de la santé

UE : Unité d'enseignements

Introduction

Dans le cadre de l'UE « Évaluation des politiques et des programmes en santé publique », notre groupe a été amené à travailler sur une démarche d'évaluation nationale portant sur les Conseils Locaux en Santé Mentale. Cette démarche est portée par le Centre de collaboration de L'OMS pour lequel Pauline GUEZENNEC notre commanditaire est chargée de projet.

A partir des années 1970, plusieurs circulaires incitent à mettre en place au niveau local des organismes de consultation visant à décloisonner dans le champ de la santé mentale les secteurs social, médico-social et sanitaire.

Les CLSM ne prendront forme que quelques années plus tard au tournant des années 2000. Ils se définissent comme « une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée ». (Définition du CCOMS). L'objectif principal de ces dispositifs est de définir des politiques locales de santé mentale en partant des ressources et des besoins identifiés sur un territoire. Le cadre strictement incitatif entourant la mise en place des CLSM garantit aux acteurs locaux une certaine souplesse dans la conduite et la mise en œuvre de leurs projets. Cependant, l'absence de cadre légal donne lieu à une certaine hétérogénéité des CLSM comme le démontre l'état des lieux réalisé en 2015 par Pauline Guezennec et Jean-Luc Roelandt.

D'une quinzaine de structures opérationnelles en 2005, on en compte aujourd'hui environ 200 implantées sur l'ensemble du territoire. Le développement rapide des CLSM combiné à une absence de cadre légal risque de voir fleurir des dispositifs initiés sans démarche partenariale ou réflexion collective risquant de ressembler à des "coquilles vides", limitées à des cellules dédiées à la gestion de cas complexe oblitérant la dimension de promotion de la santé mentale dans sa globalité.

Le CCOMS qui a initié en 2008 un programme d'appui et de développement des CLSM, souhaite pouvoir mettre en place une évaluation de ces dispositifs.

L'objectif principal est de pouvoir analyser si les CLSM mis en place ces dernières années répondent à la "philosophie" portée par ces dispositifs. Autrement dit, s'ils correspondent à ce qui est défini comme une "démarche territorialisée".

Dans cette optique, le CCOMS a collaboré avec la Fabrique des territoires en santé afin d'objectiver les différentes dimensions d'une démarche territorialisée. A partir des données recueillies sur le fonctionnement des CLSM, il s'est agit de les confronter à une série de critères dits normatifs auxquels ces derniers doivent répondre.

L'évaluation à vocation à améliorer la démarche de mise en place et le suivi des CLSM au niveau national. L'intérêt est également de pouvoir communiquer autour des CLSM.

Dans le cadre de ces travaux deux questions évaluatives nous ont été posées :

- Les CLSM sont-ils conformes à ce qui est attendu d'une démarche territorialisée ?
- Les CLSM permettent-ils d'esquisser une politique locale de santé mentale ?

1 Méthodologie

Avant la présentation des résultats de notre travail, nous avons trouvé opportun de commencer par donner une description de notre méthodologie de production de données et de la dynamique de groupe qui ont été à l'origine de la réponse apportée à la commande du CCOMS.

1.1 Approche générale

En amont du travail, une bibliographie sur la santé mentale et les CLSM nous a été proposée pour guider notre réflexion et nos entretiens. Nous nous sommes appuyés sur les travaux des CLSM et du CCOMS, ainsi que sur les caractéristiques d'une démarche territorialisée produites par la fabrique territoires santé. Des points d'étape réguliers avec la responsable de l'UE, Françoise Jabot, nous ont permis de mieux comprendre notre commande, et d'avancer dans nos recherches ainsi que dans notre analyse.

Afin de répondre aux questions évaluatives qui nous ont été posées, nous nous sommes appuyés sur les outils qui nous ont été présentés lors de nos enseignements. Pour compléter ces apports théoriques nous avons réalisé une série d'entretiens exploratoires où le contenu de l'information importe plus que sa quantité.

1.2 Recueil de données

Lors du premier entretien avec notre commanditaire, les enjeux des CLSM et la délimitation géographique de l'évaluation nous ont été présentés. L'évaluation s'étend sur le territoire national et portera sur un échantillon de ces dispositifs répartis dans les régions suivantes : Bretagne, Ile-de-France, Hauts-de-France, PACA. Chacune de ces régions a été choisie pour son dynamisme dans le développement des CLSM et permet donc d'avoir un panel de CLSM variés et hétérogènes.

Une liste de contact des différents CLSM de chacune de ces régions ainsi que les ARS en question nous a été fourni et nous avons, à partir de cette liste, sélectionné un CLSM représentatif de chaque région et l'ARS correspondante afin de conduire des entretiens téléphoniques. Afin de mener à bien nos entretiens nous avons préalablement établi un guide d'entretien pour le dispositif CLSM et un pour l'ARS. Ces deux guides, figurant en annexe de ce rendu, ont été construits en s'appuyant sur les critères de la démarche territorialisée établis par l'association Fabrique Territoire Santé :

Critères : une démarche territorialisée c'est …	**Définition**
Une démarche politique	*Elle affiche un enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle est portée par la volonté des élus locaux, des institutions et des professionnels locaux.*
Une démarche de projet	*Elle respecte une méthodologie de projet : diagnostic, définition des priorités, planification, mise en œuvre et évaluation.*
Une démarche territoriale*	*Elle s'inscrit dans un environnement donné : un territoire vécu et cohérent. Elle s'adapte aux ressources et contraintes du territoire.*
Une démarche ascendante	*Elle part des besoins du territoire et de tous ceux qui le composent (y habitent, y travaillent, ...). Elle propose un travail collectif pour co-construire le projet et les actions.*
Une démarche partenariale	*Elle travaille en réseau avec les acteurs publics, associatifs, professionnels et habitants. Elle vise à créer des synergies et promeut la co-construction et la co-décision.*
Une démarche transversale	*Elle s'inscrit dans le cadre de référence de la promotion de la santé et vise à favoriser le bien-être global en agissant sur tous les déterminants de la santé.*
Une démarche coordonnée	*Elle s'appuie sur un coordonnateur ou une équipe porteuse de la démarche et garant des valeurs et de la méthode.*

* Nous avons choisi de remplacer le critère "territorialisée" présent dans le document de la fabrique des territoires car il nous a semblé difficile qu'un des critères corresponde au terme que nous avons souhaité définir.

Nos guides d'entretiens ont été le fruit d'une réflexion collective afin d'être tous en adéquation sur les thématiques et les questions qui devaient être abordées, nous permettant de récolter des données pertinentes pour répondre aux deux questions qui nous ont été posées.

1.3 Construction d'une réponse collective à la commande

Notre commande s'est donc articulée autour des deux questions suivantes pour lesquelles nous avons construit deux types de réponse.

- **Les CLSM permettent-ils d'esquisser une politique locale en santé mentale ?**

Cette question de causalité vise à mettre en lumière les liens entre effets et programme. Pour répondre à cette question, on tente d'expliciter ces liens à l'aide d'un modèle logique. Il fera le lien entre le programme du CLSM et ses effets afin de voir comment ils esquissent une politique locale en santé mentale.

Afin de réaliser ce modèle logique, il fallait dans un premier temps définir ce que l'on mettait dans le programme d'un CLSM et de définir une politique locale de santé mentale. Dans ce but nous avons mobilisé nos lectures et les entretiens pour extraire les points primordiaux du programme CLSM et pour sélectionner les dimensions essentielles d'une politique locale en santé mentale selon nous. Nous avons ensuite sélectionné les réalisations des CLSM les plus fréquentes. Cette liste n'est pas exhaustive, compte tenu de la diversité des CLSM. Nous avons choisi de laisser une liste importante de réalisations pour tout de même traduire la diversité et la pluralité d'action des conseils. Enfin, nous avons choisi de décliner les résultats intermédiaires en deux temporalités qui traduisent mieux le lien entre les effets des réalisations sur les caractéristiques d'une politique locale en santé mentale. Les résultats de ce modèle logique seront explicités dans la partie suivante.

- **Les CLSM sont-ils conformes à ce qui est attendu d'une démarche territorialisée ?**

Cette question est normative, c'est à dire qu'elle vise à comparer la situation des CLSM avec une situation souhaitée. Toute démarche d'évaluation consiste à porter un jugement sur un élément, à partir de critères. Ce jugement ne peut se faire qu'à partir de trois éléments :

- les critères ;
- les indicateurs qui objectivent une réalité par une mesure ou une description ;
- une référence établie, c'est à dire une norme théorique, scientifique.

Pour répondre à cette deuxième question, il s'agit donc d'abord de constituer un référentiel pour rendre compte de la démarche territorialisée.

Du fait de la diversité des CLSM il n'est pas possible de définir le référentiel d'un CLSM type. C'est pourquoi l'objet de la question porte sur la démarche d'action des conseils locaux qui doit

répondre aux attentes d'une démarche "territorialisée". Pour répondre à la commande nous avons choisi d'élaborer un référentiel qui permet donc de mesurer l'écart entre la démarche d'un CLSM et une démarche territorialisée "idéale".

Pour constituer ce cadre, nous sommes partis du document de travail élaboré par La Fabrique des Territoires établissant les grandes composantes d'une telle démarche territorialisée. Notre entretien avec la Fabrique n'a pas permis d'obtenir d'éléments complémentaires au document fourni. En effet ce document de travail avait été constitué dans le cadre des ateliers santé ville et n'avait pas été utilisé pour la définition d'indicateurs précis se référant aux démarches des CLSM. A l'aide de nos entretiens avec les coordonnateurs, nous avons dégagé les questionnements qui permettent d'identifier des indicateurs possibles. En effet, chaque critère fait l'objet d'un questionnement pertinent, afin d'objectiver les indicateurs recherchés. Un indicateur doit permettre la mesure de la démarche des CLSM, et par conséquent ses variations possibles. Nous proposons également selon les indicateurs des sources d'informations possibles et des modes de recueil envisageables.

2 Résultats

2.1 Définition du CLSM et d'une politique locale de santé mentale

Afin de répondre aux deux questions évaluatives, nous avons souhaité définir ces deux termes. À partir des entretiens et des lectures, nous avons abouti à une définition des principes d'un CLSM et d'une politique locale de santé mentale.

- **Le CLSM**

Le CLSM a pour vocation d'intégrer la santé mentale dans une démarche de santé publique en utilisant une approche populationnelle à un niveau local.
Il s'affiche comme étant une instance participative, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de modernisation du système de santé. C'est une plateforme collaborative de concertation et de coordination, sur un territoire de proximité, afin de tenir compte des disparités et des dynamiques.
Il permet une approche locale et participative concernant la prévention et la promotion de la santé mentale et le parcours de soins. Pour cela, il associe tous les acteurs du territoire concernés par les politiques de santé mentale, que ce soient des acteurs sociaux, sanitaires, médico-sociaux, élus, et toute personne intéressée.
Le projet du CLSM doit émaner d'une démarche politique, présidé par un élu local, souvent co-animé par la psychiatrie publique. Il doit intégrer les usagers, les aidants, et toute personne assurant une représentation citoyenne : c'est un espace non-hiérarchisé de codécision entre les membres. Le CLSM définit, lors de ses réunions plénières, des objectifs stratégiques et opérationnels.
Le CLSM doit mettre en place des actions concrètes sur le terrain, ces actions sont réfléchies et organisées à partir de commissions de travail par thématique ou par public soutenue idéalement par la présence d'un coordonnateur dédié. Au cours des entretiens, certaines thématiques communes à plusieurs CLSM sont apparues, notamment sur l'accès aux soins, l'accès au logement, le parcours du patient…

Nous avons choisi de sélectionner 4 dimensions du programme du CLSM pour construire notre modèle logique qui sont :

- l'utilisation d'une démarche projet,
- une territorialisation de l'action,
- une participation citoyenne,

- une construction de partenariats et réseaux.

Afin d'aborder la santé mentale dans sa globalité, le CLSM doit promouvoir une approche holistique de la santé mentale qui permettrait d'agir sur les déterminants de santé et *in fine* sur les inégalités sociales en santé.

- **<u>Une politique locale de santé mentale :</u>**

Concernant la définition d'une politique locale de santé mentale, nous avons estimé qu'il fallait d'abord définir chaque terme pour pouvoir définir celle-ci dans son ensemble. Ainsi, nous avons défini une politique locale comme une action stratégique menée par les autorités publiques locales qui vise à favoriser ou à atténuer certains phénomènes retrouvés dans la population générale.

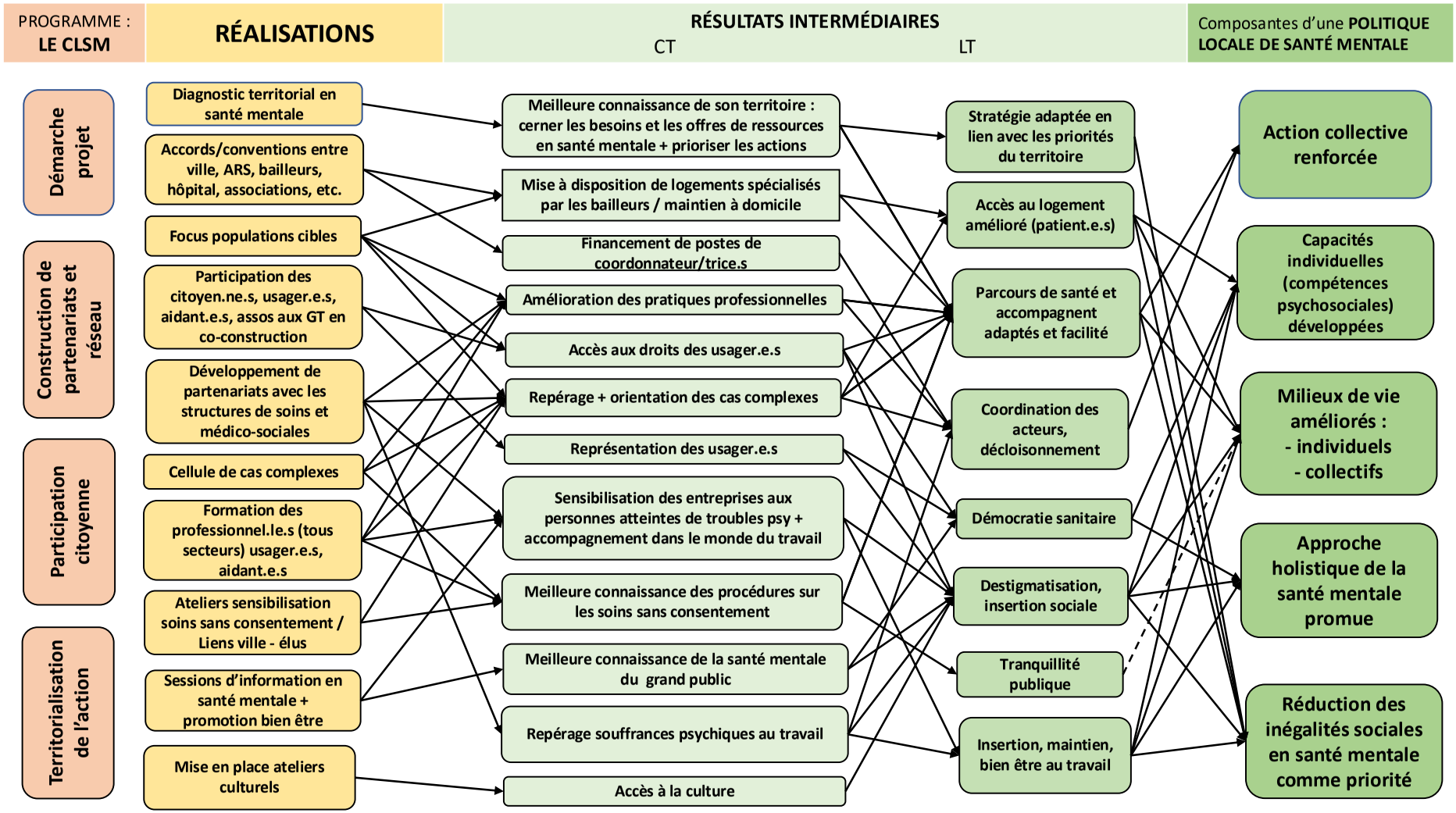
Nous avons ensuite tenté de trouver une définition de la politique en santé. Celle-ci correspond à une politique visant à améliorer les conditions de vie (à la fois milieu de vie et habitude de vie) en créant un environnement favorable par une action sur 3 niveaux distincts : l'environnement, le collectif et l'individuel.

Enfin, selon l'OMS, la santé mentale est un "*état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser tout au long de sa vie, faire face aux difficultés de la vie, travailler avec succès et ainsi contribuer à la société* ". Cette définition suit une approche globale et holistique de la santé mentale. Cela implique qu'afin d'élaborer une politique locale en santé mentale, il faut agir sur les facteurs de risque et les facteurs de protection pour, à terme, créer des milieux favorables, renforcer l'action collective et développer les capacités individuelles. Il semble donc que pour aboutir à une politique locale en santé mentale et agir sur l'ensemble des déterminants, un travail à la fois coordonné et transversal dans les différents secteurs d'intervention est nécessaire.

Nous avons donc choisi 5 dimensions pour caractériser une politique locale en santé mentale :

- Action collective renforcée
- Capacités individuelles développées
- Conditions de vie améliorées
- Approche holistique de la santé mentale promue
- Inégalités sociales en santé mentale comme priorité

2.2 Le modèle logique


PROGRAMME : LE CLSM
RÉALISATIONS
RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES
CT
LT
Composantes d'une POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ MENTALE
Démarche projet
Construction de partenariats et réseau
Participation citoyenne
Territorialisation de l'action
Diagnostic territorial en santé mentale
Accords/conventions entre ville, ARS, bailleurs, hôpital, associations, etc.
Focus populations cibles
Participation des citoyen.ne.s, usager.e.s, aidant.e.s, assos aux GT en co-construction
Développement de partenariats avec les structures de soins et médico-sociales
Cellule de cas complexes
Formation des professionnel.le.s (tous secteurs) usager.e.s, aidant.e.s
Ateliers sensibilisation soins sans consentement / Liens ville - élus
Sessions d'information en santé mentale + promotion bien être
Mise en place ateliers culturels
Meilleure connaissance de son territoire : cerner les besoins et les offres de ressources en santé mentale + prioriser les actions
Mise à disposition de logements spécialisés par les bailleurs / maintien à domicile
Financement de postes de coordonnateur/trice.s
Amélioration des pratiques professionnelles
Accès aux droits des usager.e.s
Repérage + orientation des cas complexes
Représentation des usager.e.s
Sensibilisation des entreprises aux personnes atteintes de troubles psy + accompagnement dans le monde du travail
Meilleure connaissance des procédures sur les soins sans consentement
Meilleure connaissance de la santé mentale du grand public
Repérage souffrances psychiques au travail
Accès à la culture
Stratégie adaptée en lien avec les priorités du territoire
Accès au logement amélioré (patient.e.s)
Parcours de santé et accompagnent adaptés et facilité
Coordination des acteurs, décloisonnement
Démocratie sanitaire
Destigmatisation, insertion sociale
Tranquillité publique
Insertion, maintien, bien être au travail
Action collective renforcée
Capacités individuelles (compétences psychosociales) développées
Milieux de vie améliorés : - individuels - collectifs
Approche holistique de la santé mentale promue
Réduction des inégalités sociales en santé mentale comme priorité

- **La typologie de réalisations**

D'après les données issues des entretiens et des différentes sources relatives aux activités d'un CLSM, nous avons pu établir en articulation avec le programme d'action une liste des principales réalisations mises en place dans la plupart des CLSM :

- Etablissement d'un diagnostic territorial : afin de cerner et de prioriser les problématiques du territoire, une démarche de diagnostic pouvant prendre différentes formes est opérée dans la plupart des CLSM.
- Focus sur une population cible: beaucoup de CLSM déploient des actions spécifiques sur des populations précises (personnes âgées, population en situation de précarité, etc)
- Accord et conventionnement entre les acteurs : la ville, l'ARS, les hôpitaux, les bailleurs sociaux mettent en place des conventions et accords-cadres afin de définir les rôles de chacun à travers les actions mises en place. C'est le cas notamment des actions concernant les problématiques d'accès au logement ou encore le financement du poste de coordonnateur.
- Participation citoyenne : la plupart des CLSM affichent la volonté de prendre en compte l'avis des citoyens tant dans la mise en place que dans le déploiement des actions, et ce, grâce à la participation de représentants d'association d'usager ou de familles/aidants.
- Développement de partenariats avec les structures sanitaires et médico-sociales : une place prépondérante est, selon les CLSM, accordée aux hôpitaux psychiatriques et dans une moindre mesure aux structures médico-sociales dans les différentes actions mises en place.
- Mise en place d'une cellule de gestion de cas complexes : certaines personnes atteintes de troubles psychiatriques sont amenées à se retrouver dans des situations complexes tant sur le plan sanitaire que social et nécessitent la synergie des différents acteurs (ville, hôpital, logement) pour y apporter des solutions. C'est le rôle de ces cellules qui permettent de mettre en relation ces différents partenaires pour formuler des propositions de prise en charge pour chaque situation.
- Formation professionnelle et citoyenne : des ateliers de formation sur le repérage et la conduite à tenir devant des personnes atteintes de troubles mentaux sont organisés par le CLSM à destination non seulement des professionnels de santé mais également des autres professionnels (travailleur sociaux, agents culturels, etc.) et à toute personne concernée (bénévole d'association, habitants, etc.).

- Formation aux procédures de soins sans consentement : des ateliers de sensibilisation aux procédures relatives à ces types d'injonctions sont organisés par le CLSM visant à coordonner et harmoniser les pratiques entre la psychiatrie, la médecine de ville et le représentant de l'autorité compétente lorsque se présente ce type de situation.
- Mise en place d'ateliers culturels : ce type d'action consiste en général à favoriser soit l'expression artistique soit l'accès à la culture des personnes atteintes de troubles psychiques. Ils sont souvent en lien avec les élus à la culture des villes concernées et les associations culturelles de quartier. Ces productions/expositions sont ouvertes et accessibles au grand public.
- Sensibilisation aux questions de santé mentale et de promotion du bien être psychique : Les CLSM organisent de façon régulière ou occasionnelle des colloques d'information quant aux notions de santé mentale en direction du grand public. Les thèmes abordés concernent avant tout le spectre des maladies psychique mais peuvent également être élargis à l'ensemble des questions de santé mentale.

En fonction de cette typologie de réalisations, nous avons pu aboutir à une chaîne de résultats attendus se produisant sur le territoire d'action. Ces **résultats** sont scindés en deux types : ceux attendus à **court terme** et ceux qui se produiront à plus **long terme**, conséquences des premiers. Les résultats les plus significatifs seront présentés ci dessous, le reste des résultats apparaissant dans le modèle logique.

- **<u>Les résultats à court terme</u>**

L'amélioration espérée des pratiques professionnelles est l'une des résultantes les plus fortement encouragées par les réalisations du CLSM. En effet, la mise en place de cellule de gestion des cas complexes, les formations des professionnels de tout champ sur la santé mentale, le développement des partenariats avec les structures sanitaires et médico-sociales et les actions à destination de publics plus ciblés tendent à concourir à une meilleure connaissance de la thématique.
Ces réalisations, et en premier lieu la cellule d'orientation des cas complexes, peuvent participer à un meilleur repérage et une meilleure orientation des individus présentant ce degré de difficulté.

Les actions autour des problématiques de soins sans consentement participent également à résoudre ces situations complexes. Une amélioration des connaissances sur ce type de

procédure est aussi un résultat attendu, grâce évidemment aux ateliers de sensibilisation mais aussi grâce à la mise en place globale de partenariats entre la ville et les hôpitaux psychiatriques du territoire d'action et la formation globale des professionnels.

La sensibilisation des entreprises à la question de l'accès au travail des personnes souffrant de troubles psychiques apparaît également comme un objectif attendu de par les réalisations suivantes : formation des professionnels de tout champ, sessions d'information en santé mentale à destination du grand public et développement des partenariat entre les structures de santé et la ville.

La mise à disposition de logement et le maintien à domicile des patients atteints de troubles psychiques est favorisé par une approche populationnelle ciblée et par la mise en place de convention et d'accords entre les bailleurs sociaux et les autres partenaires institutionnels du CLSM.
Ces résultats obtenus à plus ou moins court terme vont aboutir dans notre modèle logique à des résultats attendus à plus long terme

- **Les résultats à long terme**

Afin d'obtenir un parcours de santé de l'individu souffrant de troubles psychiques facilité et adapté, les résultats à court terme y concourant sont les suivants :

- une meilleure connaissance du territoire,
- une mise à disposition de logements,
- une amélioration des pratiques professionnelles,
- une amélioration de l'accès aux droits des usagers,
- un meilleur repérage et orientation des cas complexes
- une meilleure connaissance des questions de soins sans consentement

Une meilleure coordination de tous les acteurs et un décloisonnement des champs d'intervention constitue également un résultat à long terme des plus attendus. En effet, nombre de résultats à court terme semblent converger vers cette notion. Cependant, on peut s'attendre à ce que le financement d'un poste de coordonnateur soit une condition primordiale pour atteindre ce résultat.

Un autre grand résultat qui semble ressortir de ce schéma logique est la volonté des CLSM de destigmatisation et d'insertion sociale des individus. On dénombre pas moins de 6 résultats à court terme qui tendent à favoriser cet effet à long terme.

Le renforcement global de la démocratie sanitaire en santé mentale est réalisé via la sensibilisation des usagers à leurs droits, via leur participation aux instances décisionnelles et enfin via une sensibilisation et une information du grand public sur les questions de santé mentale.

A ces quatre résultats les plus significatifs s'ajoutent d'autres résultats tels que :

- L'amélioration de l'accès au logement des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui découle logiquement de la mise à disposition de logements et d'un meilleur repérage des situations difficiles.
- La prise en compte de la santé mentale en milieu professionnel qui se dégage également, tant grâce aux réalisations menant à un meilleur repérage de la souffrance psychique au travail, que grâce à celles s'intéressant à l'insertion professionnelle des individus ayant des troubles mentaux.
- Enfin, de façon plus générale, une meilleure adaptation de la stratégie aux priorités du territoire qui est aussi un résultat attendu à long terme, produit direct d'une meilleure connaissance de ce dernier.

En conclusion, ces différents résultats à long terme concourent à la politique locale de santé mentale dans ces cinq composantes présentées précédemment. Pour exemple, l'amélioration des conditions de vie des individus est induite par une pluralité de résultats dont un accès au logement amélioré, un parcours de santé adapté et facilité, un destigmatisation et insertion sociale…

2.3 Le référentiel

L'élaboration du référentiel a été possible à partir des critères posés par La fabrique des Territoires, les entretiens exploratoires que nous avons menés et la confrontation avec la théorie. Cette élaboration intervient en amont de la démarche d'évaluation à proprement parlé.

Il convient d'apporter un complément d'information quant aux indicateurs retenus critère par critère :

- La démarche politique est primordiale pour toute démarche de mise en place et de fonctionnement d'un CLSM. En effet, le projet doit être porté par les élus à partir d'un diagnostic des inégalités sociales et de santé du territoire. Ils doivent s'impliquer dans le COPIL (représentant légal de la politique municipale), ou les groupes de travail. Le soutien des administrations comme l'ARS (allocation de financement), et la participation des divers acteurs du territoire faciliteront la pérennité de la démarche dans le temps.
- Les actions et activités déployées sont coordonnées et maitrisées et doivent répondre à une démarche projet. Elles reposent sur un diagnostic précis des besoins de la population du territoire concerné. Elles doivent être décidées de manière concertée entre les acteurs. La démarche projet permet de définir les priorités d'actions, la planification, et les modalités de mise en œuvre y compris leur évaluation. Ce mode opératoire permet une meilleure implication de tous les acteurs, et un meilleur ciblage des besoins du territoire. Les indicateurs de réalisation comme le diagnostic, la note de cadrage des actions, ou le cahier des charges fixant les priorités viendront confirmer la conformité de la mise en place de cette démarche projet. Sur un plus long terme, l'évaluation des actions permettra quant à elle, de mettre en évidence des impacts réels en santé.
- Le secteur d'intervention d'un CLSM doit être bien déterminé, en effet la démarche territoriale prendra tout son sens si sur un territoire circonscrit, les différents acteurs sont repérés et actifs, les inégalités sociales et de santé connues. Les actions proposées et priorisées seront plus facilement établies en tenant compte des contraintes et des ressources de ce territoire.
- La co-construction et la co-décision sont deux éléments primordiaux dans la démarche de mise en place des CLSM. Ces modalités d'actions, que ce soit à partir d'une démarche ascendante (à partir des citoyens ou d'usagers), d'une démarche partenariale des divers acteurs à travers des actions communes, ou une démarche transversale, doivent pouvoir être évaluées et mises en valeur. La dimension du fonctionnement d'un CLSM repose sur les différents acteurs, leurs implications mais également leurs interactions.
- Enfin, la démarche coordonnée s'appuie sur la présence d'un coordonnateur du dispositif CLSM. Ce poste doit être financé et suffisamment dimensionné (1 ETP/

CLSM qui couvre un territoire de 100 000 habitants) afin d'assurer la viabilité de l'activité de cette nouvelle instance contribuant la politique en Santé mentale.

Les sources d'informations sont diverses et variées, s'appuyant sur le diagnostic de territoire mettant en évidence les inégalités sociales et de santé, les divers acteurs pouvant être mobilisés, les citoyens et leurs implications possibles dans un mode de co-construction et de co-décision en partenariat avec les municipalités. Les bilans d'action, les comptes rendus de réunions, les répertoires d'acteurs opérationnels sont autant de documents qui viendront justifier des actions réalisées ou de la mise en réseau possible de partenaires divers à destination du bien-être de la population.

L'implication des politiques dans une démarche territorialisée de CLSM, en lien avec l'ARS, et les professionnels de soins de proximité sera souvent formalisée par des conventions cadre permettant le financement du poste de coordonnateur.

Ce référentiel ainsi établi servira de support dans la future évaluation nationale qui sera réalisée par la suite. Après avoir exposé dans cette deuxième partie les résultats de notre travail, il convient désormais de les discuter afin de mettre en lumière les questionnements subsistants.

3 Discussion

Ce travail s'inscrit donc en amont du stage d'une élève de l'EHESP qui effectuera des enquêtes de terrain. Ainsi il convient de rappeler l'aspect exploratoire de nos entretiens qui ne nous permettent pas de fournir un cadre évaluatif exhaustif en 15 jours.

Le référentiel établi pour apprécier les démarches de CLSM à l'aune d'une démarche territorialisée présente quelques limites méthodologiques que nous souhaitions souligner ici :

- Les valeurs de références ont été fixées selon la présence ou non de certains éléments constitutifs de la démarche territorialisée (exemple : présence ou non d'un diagnostic). Elles ont vocation à être ajustées par la suite selon le travail évaluatif.
- Aussi de nombreux aspects sont difficilement appréciables ou quantifiables :
    - Juger de la "pertinence" du territoire d'action (définition d'une démarche territoriale selon la Fabrique des territoires). Il est complexe de pouvoir définir un territoire pertinent et donc des indicateurs qui l'objectivent du fait de la diversité des territoires (urbains, ruraux, densément peuplés, secteurs, etc.).
    - Le soutien institutionnel de l'ARS (en sollicitant son réseau par exemple) est également difficilement appréhendable. Nous ne l'avons donc pas fait apparaître dans le référentiel malgré son importance soulevée en entretiens.
- Certains indicateurs méritent d'être lus avec prudence. La présence et le pilotage de l'ARS est une position nécessaire mais pas gage à elle seule d'une démarche politique par exemple. D'une manière générale, un indicateur ne doit pas être pris seul mais en articulation avec d'autres.

Notre modèle logique mérite aussi d'être discuté. Premièrement nous avons fait le choix de faire figurer en aboutissement du modèle les composantes d'une politique locale en santé mentale davantage que des résultats. Ces composantes sont interdépendantes et très liées car additionnées, elles visent à réduire les inégalités sociales en santé mentale. Les déterminants de santé mentale rejoignent ceux de la santé en général. En effet, considérant les approches modernes de la santé mentale, tous les déterminants de santé concourent *in fine* à l'amélioration du bien être.

De plus, notre modèle logique tend à établir un lien entre les actions du CLSM et l'élaboration d'une politique locale en santé mentale. Cependant, ce modèle ne peut démontrer que les

CLSM, via une politique locale en santé mentale, ont un impact sur la santé mentale des populations au sens épidémiologique du terme.

Ces composantes sont difficiles à objectiver par des indicateurs. Nous prenons ainsi le parti de dire que les réalisations et les résultats intermédiaires, notamment à court terme induisent de fait les résultats finaux et n'appellent pas nécessairement la définition d'indicateurs.

Lors de nos entretiens et de nos lectures nous avons constaté que l'approche holistique supposée des CLSM était en pratique difficilement appliquée. En effet, la dimension psychiatrique occupe une place prépondérante dans les actions du CLSM, la santé mentale étant souvent réduite à la prise en charge des troubles mentaux. Par conséquent ceci a influencé la construction de notre modèle logique.

C'est pourquoi nous aimerions aussi revenir sur la dimension de tranquillité publique. En effet nous avons fait le choix de l'indiquer dans notre modèle logique car c'est parfois un motif politique qui permet de mobiliser les élus au lancement des CLSM. Cette dimension nous questionne tout de même : elle va à l'encontre de la philosophie des CLSM en induisant l'idée selon laquelle les personnes atteintes de troubles mentaux seraient perturbateurs de l'ordre public tandis que le CLSM affiche la volonté de "remettre la santé mentale dans la cité". Enfin si l'on peut comprendre que la tranquillité publique concourt à l'amélioration des milieux de vie, elle vient tout de même heurter une dimension sécuritaire qui ouvre un autre débat.

De plus, nous voulons revenir sur le fait que l'objectif de notre commande était d'observer si les CLSM s'inscrivent dans une démarche territorialisée telle que définie par la Fabrique des Territoires. Cependant ce postulat ne présuppose pas de la qualité d'un CLSM. Ainsi le fait qu'un CLSM ne s'inscrive pas entièrement dans une démarche territorialisée n'est pas nécessairement gage de dysfonctionnement.

L'évaluation qui sera effectuée par la suite permettra d'affiner le référentiel et de l'adapter à des enquêtes de terrains qui apporteront une information plus exhaustive. Si nous avons suggéré des pistes de sources d'information, nous émettons cependant une réserve sur l'existence d'outils de projet formalisés pour chaque rencontre, chaque projet (compte rendus, ordre du jour, fiches actions, etc.) et beaucoup d'informations seront probablement à obtenir en entretien.

Pour finir nos lectures, entretiens et échanges au sein du groupe nous ont permis de questionner nos représentations ou préjugés sur la santé mentale. De fait, les contradictions et les argumentations ont permis à chacun de mettre à l'épreuve ses conceptions ce qui a abouti à une construction d'une vision partagée de notre projet, enjeu essentiel en évaluation.

Bibliographie

Articles

- Arcella-Giraux Pilar, Berthon Chrystelle, « Les ARS et le développement des CLSM. L'expérience en Île-de-France », *L'information psychiatrique*, 2015/7 (Volume 91), p. 586-590. DOI : 10.1684/ipe.2015.1381. URL : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-586.htm
- Mantoura Pascale, Roberge Marie-Claude, Fournier Louise, " Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations", *Santé mentale au Québec*, 2017, XLII, N°1, 105-123.
- Roelandt Jean-Luc, El Ghozi Laurent, « Santé mentale et citoyenneté : une histoire française », *L'information psychiatrique*, 2015/7 (Volume 91), p. 539-548. DOI : 10.1684/ipe.2015.1371. URL : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-539.htm

Documents :

- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut National de Santé Publique, Québec : " Politiques publiques favorables à la santé et promotion de la santé mentale des populations chez les enfants et les jeunes".
- Note documentaire, Institut National de Santé Publique, Québec, juillet 2014 : " Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé mentale".
- Note documentaire, Institut National de Santé Publique, Québec, mars 2014 "Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale".

Sites internet :

- Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale :

http://www.ccomssantementalelillefrance.org

- La fabrique des territoires :

https://www.fabrique-territoires-sante.org

- L'Organisation Mondiale de la Santé :

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

Liste des annexes

Guide d’entretien

Modèle logique

Référentiel

Guide d'entretien CLSM

Questions introductives	Est ce que vous pouvez nous expliquer le fonctionnement de votre CLSM? Pour vous, quel est l'objectif principal d'un CLSM et à qui s'adresse-t-il?
Genèse du projet	Comment le CLSM s'est mis en place? • Son Origine? • Quelle(s) raisons ont motivé sa mise en place ? • Qui a piloté sa mise en place? A quelle date? Où? Depuis quand? Quels acteurs ont été à l'initiative du projet? (profils professionnels) Pouvez vous nous expliquer les modalités de sa mise en place? • Quel a été le mode d'organisation? • Quelle organisation du projet ? Quels ont été les soutiens? (politique? citoyens représentants d'usagers?...Autres) Quels ont été les freins? Quels ont été les leviers? Est ce qu'il y a eu un financement? • Par qui? • Quel montant? • Pourquoi? (financement des actions? des RH…) • Les financements ont-ils augmenté dans le temps? • Ces financements sont-ils pérennes?

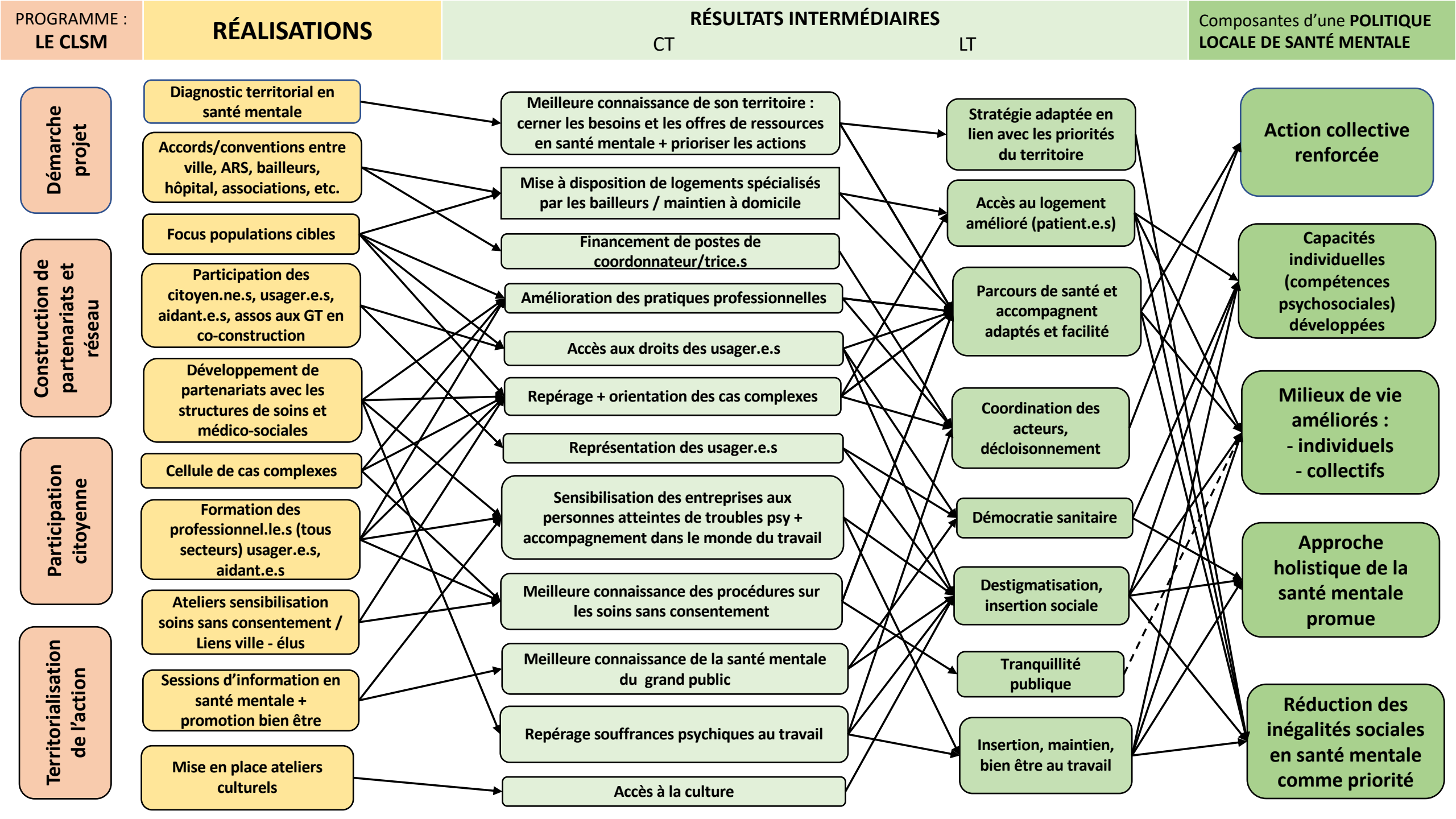
Démarche de projet	Est ce qu'il y a eu un diagnostic initial? • Avec qui? • Sur quoi a t-il porté? • Quelles sont les thématiques qui ont été abordés? Quels acteurs ont participé? (associations/ prof de soins/ citoyens/ autres…) Est-ce que des priorités d'actions ont été définies? Est ce que ces priorités ont évolué?
Démarche territoriale	Quel est le territoire d'intervention du CLSM? Comment a été définit le territoire du CLSM? • Les besoins sont-ils homogènes sur le territoires? Comment l'action du CLSM s'inscrit sur le territoire? Est ce que pour vous ce territoire est cohérent
Démarche politique	Est ce qu'il y a une participation politique repérée? • Comment les élus du territoire s'impliquent dans le CLSM? • Quel élu préside le CLSM? • Si ce n'est pas l'adjoint à la santé, pourquoi? Comment le CLSM s'intègre dans le CLS et dans les différentes politiques municipales? ou avec d'autres instances?

Démarche ascendante	Existe-t-il une participation citoyenne? des usagers? • Comment les usagers et/ou leurs représentants sont-ils intégrés? • Quelles sont les actions participatives? Quels dispositifs de concertations sont mis en place? • Existence de COPIL? • Qui est dans le COPIL? Les usagers sont-ils présents dans l'assemblée plénière? Dans les groupes de travail ? Comment les projets sont-ils construits? • En collaboration avec les usagers? Que signifie pour vous co-construction?
Démarche partenariale	Que signifie une démarche partenariale pour vous? • Comment se concrétise t-elle? • Quels sont vos partenaires? • Comment les partenariats ont-ils été sollicités? Quelles sont les actions mises en place pour travailler en réseau? • Quels sont les réseaux impliqués? • Avec quels acteurs/ composantes/associations?
Démarche transversale	En quoi le CLSM est une démarche transversale? Travaillez vous avec d'autres services de la ville ? Quelle place à la promotion/prévention? Quelles actions de la promotion de la santé sont mises en place? Pouvez-vous nous en parler? Pourquoi ces thématiques? Comment ont-elles émergés?

Démarche coordonnée	Est ce que vous avez un coordonateur dédié au fonctionnement? • Quel est son équivalent temps pleins (ETP)? (À temps plein?) • Concrètement quel est son rôle? Comment se concrétise cette coordination? • quelles sont ses missions? • Temps de réunion? • Retour d'expérience? Quels sont les objectifs de votre CLSM en terme d'actions, d'activités? (lister?) Comment sont fixées les priorités d'actions? • Thématiques cibles? De quelles données disposez-vous sur l'activité de votre CLSM? Considérez vous que vous avez les moyens suffisants pour rendre opérable cette coordination? Est ce que pour chaque action il y a un interlocuteur identifié? Est-ce que les partenaires ont les moyens suffisants? Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez?

Guide entretien ARS

Point de vue sur les CLSM	Quelles sont vos attentes envers un CLSM? Quels objectifs doivent-ils poursuivre selon vous? Existe-t-il des des besoins prioritaires selon vous? Quels acteurs pour vous sont pertinents pour porter un CLSM sur le territoire? Quels sont les bonnes pratiques pour un CLSM selon vous? Est ce qu'il y a des projets de CLSM qui fonctionne le mieux? Pourquoi? Quels sont les critères? Est ce que vous avez connaissance des actions du CLSM? Par quel biais? Quels résultats concrets observez vous aujourd'hui? Pourquoi dans certains territoire il y a plusieurs CLSM et dans certains territoire il y en a aucun?
La participation de l'ARS envers les CLSM	Est ce que vous avez un droit de regard sur les actions menées? Quel est votre rôle à leur mise en place et à l'accompagnement? Quelle articulation entre PRS et CLSM? Et CLS et CLSM? De manière générale, comment le CLSM s'inscrit dans la politique de l'ARS? Comment les CLSM vont être amenés à évoluer sur le territoire ?


PROGRAMME : LE CLSM
RÉALISATIONS
RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES
CT
LT
Composantes d'une POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ MENTALE
Démarche projet
Construction de partenariats et réseau
Participation citoyenne
Territorialisation de l'action
Diagnostic territorial en santé mentale
Accords/conventions entre ville, ARS, bailleurs, hôpital, associations, etc.
Focus populations cibles
Participation des citoyen.ne.s, usager.e.s, aidant.e.s, assos aux GT en co-construction
Développement de partenariats avec les structures de soins et médico-sociales
Cellule de cas complexes
Formation des professionnel.le.s (tous secteurs) usager.e.s, aidant.e.s
Ateliers sensibilisation soins sans consentement / Liens ville - élus
Sessions d'information en santé mentale + promotion bien être
Mise en place ateliers culturels
Meilleure connaissance de son territoire : cerner les besoins et les offres de ressources en santé mentale + prioriser les actions
Mise à disposition de logements spécialisés par les bailleurs / maintien à domicile
Financement de postes de coordonnateur/trice.s
Amélioration des pratiques professionnelles
Accès aux droits des usager.e.s
Repérage + orientation des cas complexes
Représentation des usager.e.s
Sensibilisation des entreprises aux personnes atteintes de troubles psy + accompagnement dans le monde du travail
Meilleure connaissance des procédures sur les soins sans consentement
Meilleure connaissance de la santé mentale du grand public
Repérage souffrances psychiques au travail
Accès à la culture
Stratégie adaptée en lien avec les priorités du territoire
Accès au logement amélioré (patient.e.s)
Parcours de santé et accompagnent adaptés et facilité
Coordination des acteurs, décloisonnement
Démocratie sanitaire
Destigmatisation, insertion sociale
Tranquillité publique
Insertion, maintien, bien être au travail
Action collective renforcée
Capacités individuelles (compétences psychosociales) développées
Milieux de vie améliorés : - individuels - collectifs
Approche holistique de la santé mentale promue
Réduction des inégalités sociales en santé mentale comme priorité

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
A	Démarche politique	*Affiche un enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales*	Est-ce que les inégalités sociales et territoriales sont repérées?connues ?	1	Un diagnostic territorial a été réalisé, permet de relever l'état de santé mentale du territoire, dans un document formalisé, mis à jour régulièrement : base pour la stratégie d'action en santé mentale	Oui, ce document existe	Vérifications des documents existants : - le diagnostic - les supports de communications + documents accessibles pour tous les partenaires	Entretien	
				2	les déterminants d'inégalités socio-territoriales sont répertoriés				
				3	le répertoire est connu : Une communication a été faite aux divers acteurs				
		Elle est portée par la volonté des élus locaux	La municipalité est-elle impliquée dans la construction du CLSM ?	4	Un élu est repéré dans la mise en place des CLSM.	Oui	Déclaratif	Entretien	
			Les élus sont-ils impliqués dans l'action du CLSM?	5	Préside le Copil (réprésentation du Maire, participation effective dans les GT, et inscription du CLSM dans un document officiel de la municipalité	Oui	Déclaratif + CR		
		Le CLSM est porté par l'ARS	Quel est le positionnement de l'ARS ?	6	- CLSM porté par l'ARS - Participation de l'ARS au Copil - un soutien financier ?	Appel à projet/ oui / le poste de coordonateur est partiellement financé (50%)	Actes du Copil, + budget		
		Les professionnels locaux sont impliqués	Quel est le positionnement des professionnels locaux?	7	- Sont présents dans le COPIL du CLSM. - Participent aux groupes de travail .	oui/ Représentativité?	Actes du Copil (présence effective) CR des réunions de travail		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
B	**Démarche de Projet Respecte une méthode de projet devant conduire à un ensemble d'activités coordonnées et maitrisées**	*Un diagnostic exhaustif a été effectué*	Est-ce qu'un diagnostic a été effectué? Quand? par qui ? Est ce qu'il est pertinent au regard de la démarche? Quels types d'acteurs ont été sollicités/mobilisés pour la conduite du diagnostic ?	1	**Indicateurs de réalisation:** - L'état de santé de la population a été réalisé - Les caractéristiques socio-économiques de la population sont identifiés - Les facteurs de risques présents dans la population (alcool, suicide..) sont identifiés - L'offre de soins sur le territoire est connue - Le taux d'hospitalisation sans consentement est connu sur le territoire	- oui - oui - oui - oui - oui	Le diagnostic		
		Des priorités ont été établies	Le programme d'actions est-il établi selon une stratégie de priorisation ?	2	- Un projet est écrit - Un cahier des charges existe. - Des priorités sont fixées. - Un programme d'action définissant des objectifs généraux/ stratégique/opérationels est défini.	- oui - oui - oui	Cahier des charges, les ordres du jour des réunions de travail		
		Les actions sont planifiées	Les actions sont-elles en cohérence avec les priorités de santé ?	3	Pour chaque action : - Les groupes cibles sont identifiés - Des ressources financières et humaines sont identifiées. - Un calendrier de réalisation a été défini	- oui - oui - oui	notes de cadrage des actions		
		Les actions sont suivies et évaluées	Les CLSM évaluent-ils les actions mises en place?	4	- Il existe un référent pour chaque action. - Les actions figurent dans le bilan d'activité - Chaque action du CLSM fait l'objet de bilans réguliers	- oui - oui - oui	CR d'évaluation, bilans intermédiaires		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
C	Démarche territoriale	*Le territoire d'action du CLSM est connu et délimité*	Est-ce que tous les acteurs se sont concertés pour être d'accord sur leur terrain d'action? Comment le territoire a-t-il été défini ? Par qui?	1	- Une cartographie du territoire d'action a été réalisée. - Cette cartographie est présente dans un document physique connu et accessible.	- oui - oui	Diagnostic (vérifier) + cahier des charges du CLSM		
		S'inscrit dans un environnement cohérent	Le territoire du CLSM correspond-t-il à celui d'un	2	- Le territoire du CLSM correspond au bassin de vie de l'INSEE ou EPCI ou territoire administratif	- Oui			
			Le territoire du CLSM est-il le même que celui des	3	- Nombre connu de secteurs de psychiatrie couverts par le terrain d'action du CLSM	- Oui (seuil à déterminer) - Oui			
			Le territoire du CLSM correspond-il à un territoire d'action sur lequel les acteurs interagissent déjà entre eux ?	4	Cartographie de la répartition des acteurs sur le territoire réalisée	- Oui			
		tient compte des ressources du territoire	Est ce que les acteurs des différents champs du territoire concerné sont mobilisés?	5	Un référent par champs est identifié / Représentativité des chaques champs*	Oui	Notes de cadrage des actions (équipe projet nommée)		
			Est ce que le CLSM s'appuie sur des structures existantes ?	6	Listing et participation des structures existantes dans les groupes de travail	Oui	déclaratif		
			le financement est-il issu d'une enveloppe territoriale?	7	% de financement des collectivités?	Oui	budget		
		tient compte des contraintes	Est ce que la géographie du territoire permet des déplacements aisés? Est ce que l'aménagement urbain est développé ?	8	Le temps de transport entre les différents acteurs a été évalué Un état des lieux du réseau urbain a été effectué	Seuil à déterminer bon			
			La démographie médicale et paramédicale a-t-elle été pris en compte dans l'élaboration du CLSM?	9	Une cartographie de l'offre de soin a été réalisée	Oui	Diagnostic		
			Des contraintes socio-culturelles sont-elles présentes sur le territoire ? Si oui, le projet du CLSM a-t-il adapté à ces contraintes?	10	Les contraintes socio-culturelles ont fait l'objet d'un diagnostic	Oui	diagnostic		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
D	Démarche Ascendante, processus de concertation avec les usagers, travail collectif en co-construire des actions et des projets	*Les besoins des usagers sont répertoriés et connus*	Les besoins des usagers ont été répertoriés en cohérence avec le diagnostic?	1	Des réunions participatives ont été organisées pour faire remonter ces besoins Rencontre avec des comités de quartiers	oui oui	Démarche diagnostique, compte-rendus des réunions disponibles.	remontée des CR	
				2	**Indicateur de suivi:** Les usagers sont sollicités continuellement pour donner leurs avis Les usagers ont été interrogés dans le cadre du diagnostic	oui oui			
		Co-construction du projet/actions	Est ce que les usagers ont participé à la création du CLSM?	3	Indicateurs de réalisation: Représentants des usagers sont présents dans le COPIL, dans les groupes de travail, dans les instances de décisions.	oui	cadre de référence		
E	Démarche Partenariale	Elle travaille en réseau avec les acteurs publics, associations, professionnels, habitants, et ensemble des acteurs concernés	Les partenaires sont ils connus ?	1	Une liste des partenaires est effective (associatifs, logement, soins, sociaux, culturels, sportifs, médicaux, etc) accessible et transmise à tous les partenaires et à jour Des accords et des conventions ville-ARS-hôpitaux-bailleurs sociaux-associations... ont été signés	oui oui	répertoire opérationnel : personne identifiée avec coordonnées, fonctions et poste (outil d'identification des partenaires)		
		Réalisation des actions en co-construction	Est-ce que plusieurs acteurs peuvent agir ensemble et construire une action collectivement ?	2	Nombre de projets/activités impliquant plusieurs partenaires Composition des groupes de travail plurisectoriel	- Tous - Oui	bilan d'activité, CR des GT		
		Agir en co-décision	Est-ce que les projets sont votés en assemblée plénière ? Est ce que l'ensemble des acteurs est représenté dans la prise de décision ?	3	Nombre d'assemblées plénières tenues par an Chaque membre des instances décisionnelles dispose d'un vote		Bilan d'activité et CR		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
F	Démarche Transversale	Le CLSM s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, visant à renforcer le bien être des populations en agissant sur les déterminants sociaux	Est-ce que le CLSM s'inscrit dans une démarche qui vise à agir sur les déterminants sociaux ?	1	Diversité des actions mises en place touchant à différentes thématiques: Logement, école, emploi, santé, aménagement urbain.	Deux thématiques minimum	Bilan d'activité + déclaratif		
				2	Des actions sont réalisées auprès de différents publics: petite enfance, entreprise, personnes précaires, professionnels de santé	Deux publics cibles minimum			
				3	Des campagnes de sensibilisation et/ou de communication ont été réalisées : - sur la prévention aux troubles mentaux - sur le bien être - sur la santé mentale	- oui			
G	Démarche Coordonnée	Présence d'un coordonnateur	Est-ce qu'il existe un poste dédié ? Quelles sont ses missions? Est-ce que le coordonateur est rattaché à une	1	- pourcentage d'ETP dédié au CLSM - Les missions détaillées dans la fiche de poste	- 1 ETP/CLSM de 100 000 hab - oui	Cahier des charges, fiche de poste,		
		Temps d'échange entre acteurs	Les réunions de travail sont-elles régulières ? Est-ce que les réunions de travail sont programmées avec un OJ connus?	2	- Nombre de réunions - Pourcentage des acteurs (ou de leur représentant) concernés présents aux réunions - Préparation de la réunion - Elaboration de l'ordre du jour - Compte rendu à jour - RETEX sur les réunions	- Oui - 50% - Oui - Oui - Oui - Oui	Bilan d'activité, CR		
		Suivi	Comment les acteurs communiquent ils entre eux ?	3	Présence d'outils de communication: - mailing list à jour -messagerie dédiée -numéro unique du CLSM -un site internet actualisé Diffusion des CR réunions/Rapport d'activité	une procédure de communication doit être mise en place et connu par toutes les personnes participant aux GT	déclaratif + documents justifiant de la communication		

Guide d'entretien CLSM

Questions introductives	Est ce que vous pouvez nous expliquer le fonctionnement de votre CLSM? Pour vous, quel est l'objectif principal d'un CLSM et à qui s'adresse-t-il?
Genèse du projet	Comment le CLSM s'est mis en place? • Son Origine? • Quelle(s) raisons ont motivé sa mise en place ? • Qui a piloté sa mise en place? A quelle date? Où? Depuis quand? Quels acteurs ont été à l'initiative du projet? (profils professionnels) Pouvez vous nous expliquer les modalités de sa mise en place? • Quel a été le mode d'organisation? • Quelle organisation du projet ? Quels ont été les soutiens? (politique? citoyens représentants d'usagers?...Autres) Quels ont été les freins? Quels ont été les leviers? Est ce qu'il y a eu un financement? • Par qui? • Quel montant? • Pourquoi? (financement des actions? des RH…) • Les financements ont-ils augmenté dans le temps? • Ces financements sont-ils pérennes?

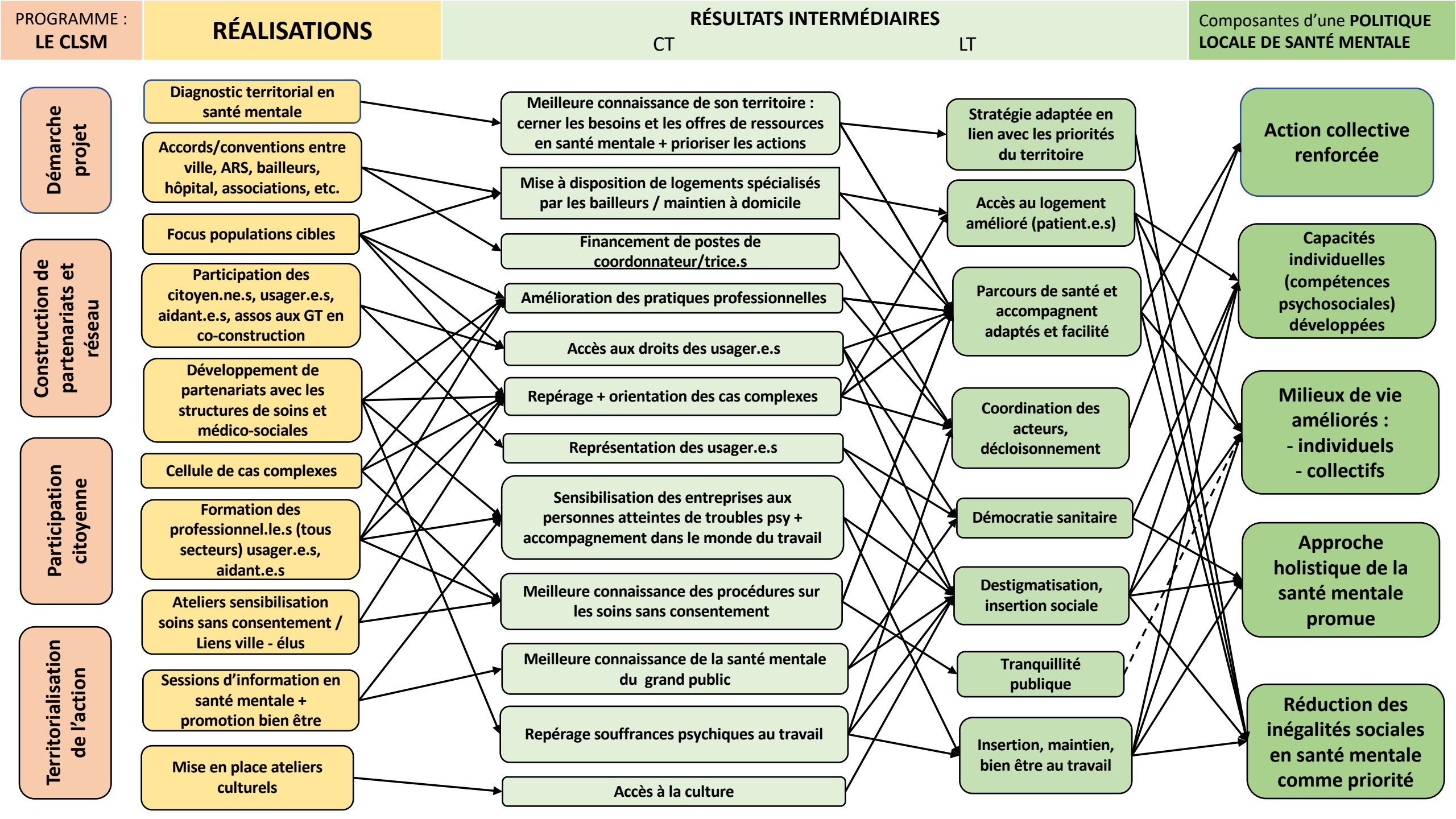
Démarche de projet	Est ce qu'il y a eu un diagnostic initial? • Avec qui? • Sur quoi a t-il porté? • Quelles sont les thématiques qui ont été abordés? Quels acteurs ont participé? (associations/ prof de soins/ citoyens/ autres…) Est-ce que des priorités d'actions ont été définies? Est ce que ces priorités ont évolué?
Démarche territoriale	Quel est le territoire d'intervention du CLSM? Comment a été définit le territoire du CLSM? • Les besoins sont-ils homogènes sur le territoires? Comment l'action du CLSM s'inscrit sur le territoire? Est ce que pour vous ce territoire est cohérent
Démarche politique	Est ce qu'il y a une participation politique repérée? • Comment les élus du territoire s'impliquent dans le CLSM? • Quel élu préside le CLSM? • Si ce n'est pas l'adjoint à la santé, pourquoi? Comment le CLSM s'intègre dans le CLS et dans les différentes politiques municipales? ou avec d'autres instances?

Démarche ascendante	Existe-t-il une participation citoyenne? des usagers? • Comment les usagers et/ou leurs représentants sont-ils intégrés? • Quelles sont les actions participatives? Quels dispositifs de concertations sont mis en place? • Existence de COPIL? • Qui est dans le COPIL? Les usagers sont-ils présents dans l'assemblée plénière? Dans les groupes de travail ? Comment les projets sont-ils construits? • En collaboration avec les usagers? Que signifie pour vous co-construction?
Démarche partenariale	Que signifie une démarche partenariale pour vous? • Comment se concrétise t-elle? • Quels sont vos partenaires? • Comment les partenariats ont-ils été sollicités? Quelles sont les actions mises en place pour travailler en réseau? • Quels sont les réseaux impliqués? • Avec quels acteurs/ composantes/associations?
Démarche transversale	En quoi le CLSM est une démarche transversale? Travaillez vous avec d'autres services de la ville ? Quelle place à la promotion/prévention? Quelles actions de la promotion de la santé sont mises en place? Pouvez-vous nous en parler? Pourquoi ces thématiques? Comment ont-elles émergés?

Démarche coordonnée	Est ce que vous avez un coordonateur dédié au fonctionnement? • Quel est son équivalent temps pleins (ETP)? (À temps plein?) • Concrètement quel est son rôle? Comment se concrétise cette coordination? • quelles sont ses missions? • Temps de réunion? • Retour d'expérience? Quels sont les objectifs de votre CLSM en terme d'actions, d'activités? (lister?) Comment sont fixées les priorités d'actions? • Thématiques cibles? De quelles données disposez-vous sur l'activité de votre CLSM? Considérez vous que vous avez les moyens suffisants pour rendre opérable cette coordination? Est ce que pour chaque action il y a un interlocuteur identifié? Est-ce que les partenaires ont les moyens suffisants? Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez?

Guide entretien ARS

Point de vue sur les CLSM	Quelles sont vos attentes envers un CLSM? Quels objectifs doivent-ils poursuivre selon vous? Existe-t-il des des besoins prioritaires selon vous? Quels acteurs pour vous sont pertinents pour porter un CLSM sur le territoire? Quels sont les bonnes pratiques pour un CLSM selon vous? Est ce qu'il y a des projets de CLSM qui fonctionne le mieux? Pourquoi? Quels sont les critères? Est ce que vous avez connaissance des actions du CLSM? Par quel biais? Quels résultats concrets observez vous aujourd'hui? Pourquoi dans certains territoire il y a plusieurs CLSM et dans certains territoire il y en a aucun?
La participation de l'ARS envers les CLSM	Est ce que vous avez un droit de regard sur les actions menées? Quel est votre rôle à leur mise en place et à l'accompagnement? Quelle articulation entre PRS et CLSM? Et CLS et CLSM? De manière générale, comment le CLSM s'inscrit dans la politique de l'ARS? Comment les CLSM vont être amenés à évoluer sur le territoire ?


PROGRAMME : LE CLSM
RÉALISATIONS
RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES
CT
LT
Composantes d'une POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ MENTALE
Démarche projet
Construction de partenariats et réseau
Participation citoyenne
Territorialisation de l'action
Diagnostic territorial en santé mentale
Accords/conventions entre ville, ARS, bailleurs, hôpital, associations, etc.
Focus populations cibles
Participation des citoyen.ne.s, usager.e.s, aidant.e.s, assos aux GT en co-construction
Développement de partenariats avec les structures de soins et médico-sociales
Cellule de cas complexes
Formation des professionnel.le.s (tous secteurs) usager.e.s, aidant.e.s
Ateliers sensibilisation soins sans consentement / Liens ville - élus
Sessions d'information en santé mentale + promotion bien être
Mise en place ateliers culturels
Meilleure connaissance de son territoire : cerner les besoins et les offres de ressources en santé mentale + prioriser les actions
Mise à disposition de logements spécialisés par les bailleurs / maintien à domicile
Financement de postes de coordonnateur/trice.s
Amélioration des pratiques professionnelles
Accès aux droits des usager.e.s
Repérage + orientation des cas complexes
Représentation des usager.e.s
Sensibilisation des entreprises aux personnes atteintes de troubles psy + accompagnement dans le monde du travail
Meilleure connaissance des procédures sur les soins sans consentement
Meilleure connaissance de la santé mentale du grand public
Repérage souffrances psychiques au travail
Accès à la culture
Stratégie adaptée en lien avec les priorités du territoire
Accès au logement amélioré (patient.e.s)
Parcours de santé et accompagnent adaptés et facilité
Coordination des acteurs, décloisonnement
Démocratie sanitaire
Destigmatisation, insertion sociale
Tranquillité publique
Insertion, maintien, bien être au travail
Action collective renforcée
Capacités individuelles (compétences psychosociales) développées
Milieux de vie améliorés : - individuels - collectifs
Approche holistique de la santé mentale promue
Réduction des inégalités sociales en santé mentale comme priorité

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
A	Démarche politique	*Affiche un enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales*	Est-ce que les inégalités sociales et territoriales sont repérées?connues ?	1	Un diagnostic territorial a été réalisé, permet de relever l'état de santé mentale du territoire, dans un document formalisé, mis à jour régulièrement : base pour la stratégie d'action en santé mentale	Oui, ce document existe	Vérifications des documents existants : - le diagnostic - les supports de communications + documents accessibles pour tous les partenaires	Entretien	
				2	les déterminants d'inégalités socio-territoriales sont répertoriés				
				3	le répertoire est connu : Une communication a été faite aux divers acteurs				
		Elle est portée par la volonté des élus locaux	La municipalité est-elle impliquée dans la construction du CLSM ?	4	Un élu est repéré dans la mise en place des CLSM.	Oui	Déclaratif	Entretien	
			Les élus sont-ils impliqués dans l'action du CLSM?	5	Préside le Copil (réprésentation du Maire, participation effective dans les GT, et inscription du CLSM dans un document officiel de la municipalité	Oui	Déclaratif + CR		
		Le CLSM est porté par l'ARS	Quel est le positionnement de l'ARS ?	6	- CLSM porté par l'ARS - Participation de l'ARS au Copil - un soutien financier ?	Appel à projet/ oui / le poste de coordonateur est partiellement financé (50%)	Actes du Copil, + budget		
		Les professionnels locaux sont impliqués	Quel est le positionnement des professionnels locaux?	7	- Sont présents dans le COPIL du CLSM. - Participent aux groupes de travail .	oui/ Représentativité?	Actes du Copil (présence effective) CR des réunions de travail		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
B	**Démarche de Projet Respecte une méthode de projet devant conduire à un ensemble d'activités coordonnées et maitrisées**	*Un diagnostic exhaustif a été effectué*	Est-ce qu'un diagnostic a été effectué? Quand? par qui ? Est ce qu'il est pertinent au regard de la démarche? Quels types d'acteurs ont été sollicités/mobilisés pour la conduite du diagnostic ?	1	**Indicateurs de réalisation:** - L'état de santé de la population a été réalisé - Les caractéristiques socio-économiques de la population sont identifiés - Les facteurs de risques présents dans la population (alcool, suicide..) sont identifiés - L'offre de soins sur le territoire est connue - Le taux d'hospitalisation sans consentement est connu sur le territoire	- oui - oui - oui - oui - oui	Le diagnostic		
		Des priorités ont été établies	Le programme d'actions est-il établi selon une stratégie de priorisation ?	2	- Un projet est écrit - Un cahier des charges existe. - Des priorités sont fixées. - Un programme d'action définissant des objectifs généraux/ stratégique/opérationels est défini.	- oui - oui - oui	Cahier des charges, les ordres du jour des réunions de travail		
		Les actions sont planifiées	Les actions sont-elles en cohérence avec les priorités de santé ?	3	Pour chaque action : - Les groupes cibles sont identifiés - Des ressources financières et humaines sont identifiées. - Un calendrier de réalisation a été défini	- oui - oui - oui	notes de cadrage des actions		
		Les actions sont suivies et évaluées	Les CLSM évaluent-ils les actions mises en place?	4	- Il existe un référent pour chaque action. - Les actions figurent dans le bilan d'activité - Chaque action du CLSM fait l'objet de bilans réguliers	- oui - oui - oui	CR d'évaluation, bilans intermédiaires		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
C	Démarche territoriale	*Le territoire d'action du CLSM est connu et délimité*	Est-ce que tous les acteurs se sont concertés pour être d'accord sur leur terrain d'action? Comment le territoire a-t-il été défini ? Par qui?	1	- Une cartographie du territoire d'action a été réalisée. - Cette cartographie est présente dans un document physique connu et accessible.	- oui - oui	Diagnostic (vérifier) + cahier des charges du CLSM		
		S'inscrit dans un environnement cohérent	Le territoire du CLSM correspond-t-il à celui d'un	2	- Le territoire du CLSM correspond au bassin de vie de l'INSEE ou EPCI ou territoire administratif	- Oui			
			Le territoire du CLSM est-il le même que celui des	3	- Nombre connu de secteurs de psychiatrie couverts par le terrain d'action du CLSM	- Oui (seuil à déterminer) - Oui			
			Le territoire du CLSM correspond-il à un territoire d'action sur lequel les acteurs interagissent déjà entre eux ?	4	Cartographie de la répartition des acteurs sur le territoire réalisée	- Oui			
		tient compte des ressources du territoire	Est ce que les acteurs des différents champs du territoire concerné sont mobilisés?	5	Un référent par champs est identifié / Représentativité des chaques champs*	Oui	Notes de cadrage des actions (équipe projet nommée)		
			Est ce que le CLSM s'appuie sur des structures existantes ?	6	Listing et participation des structures existantes dans les groupes de travail	Oui	déclaratif		
			le financement est-il issu d'une enveloppe territoriale?	7	% de financement des collectivités?	Oui	budget		
		tient compte des contraintes	Est ce que la géographie du territoire permet des déplacements aisés? Est ce que l'aménagement urbain est développé ?	8	Le temps de transport entre les différents acteurs a été évalué Un état des lieux du réseau urbain a été effectué	Seuil à déterminer bon			
			La démographie médicale et paramédicale a-t-elle été pris en compte dans l'élaboration du CLSM?	9	Une cartographie de l'offre de soin a été réalisée	Oui	Diagnostic		
			Des contraintes socio-culturelles sont-elles présentes sur le territoire ? Si oui, le projet du CLSM a-t-il adapté à ces contraintes?	10	Les contraintes socio-culturelles ont fait l'objet d'un diagnostic	Oui	diagnostic		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
D	Démarche Ascendante, processus de concertation avec les usagers, travail collectif en co-construire des actions et des projets	*Les besoins des usagers sont répertoriés et connus*	Les besoins des usagers ont été répertoriés en cohérence avec le diagnostic?	1	Des réunions participatives ont été organisées pour faire remonter ces besoins Rencontre avec des comités de quartiers	oui oui	Démarche diagnostique, compte-rendus des réunions disponibles.	remontée des CR	
				2	**Indicateur de suivi:** Les usagers sont sollicités continuellement pour donner leurs avis Les usagers ont été interrogés dans le cadre du diagnostic	oui oui			
		Co-construction du projet/actions	Est ce que les usagers ont participé à la création du CLSM?	3	Indicateurs de réalisation: Représentants des usagers sont présents dans le COPIL, dans les groupes de travail, dans les instances de décisions.	oui	cadre de référence		
E	Démarche Partenariale	Elle travaille en réseau avec les acteurs publics, associations, professionnels, habitants, et ensemble des acteurs concernés	Les partenaires sont ils connus ?	1	Une liste des partenaires est effective (associatifs, logement, soins, sociaux, culturels, sportifs, médicaux, etc) accessible et transmise à tous les partenaires et à jour Des accords et des conventions ville-ARS-hôpitaux-bailleurs sociaux-associations... ont été signés	oui oui	répertoire opérationnel : personne identifiée avec coordonnées, fonctions et poste (outil d'identification des partenaires)		
		Réalisation des actions en co-construction	Est-ce que plusieurs acteurs peuvent agir ensemble et construire une action collectivement ?	2	Nombre de projets/activités impliquant plusieurs partenaires Composition des groupes de travail plurisectoriel	- Tous - Oui	bilan d'activité, CR des GT		
		Agir en co-décision	Est-ce que les projets sont votés en assemblée plénière ? Est ce que l'ensemble des acteurs est représenté dans la prise de décision ?	3	Nombre d'assemblées plénières tenues par an Chaque membre des instances décisionnelles dispose d'un vote		Bilan d'activité et CR		

REFERENTIEL : EVALUATION NATIONALE CLSM

Référentiel	Critères	Dimensions	Questionnement		Indicateurs	Valeur de référence = seuil ou cadre de référence pour apprécier la satisfaction du critère	Source d'information	Technique de collecte Modalités de calcul ou de recueil	Technique d'analyse
F	Démarche Transversale	Le CLSM s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, visant à renforcer le bien être des populations en agissant sur les déterminants sociaux	Est-ce que le CLSM s'inscrit dans une démarche qui vise à agir sur les déterminants sociaux ?	1	Diversité des actions mises en place touchant à différentes thématiques: Logement, école, emploi, santé, aménagement urbain.	Deux thématiques minimum	Bilan d'activité + déclaratif		
				2	Des actions sont réalisées auprès de différents publics: petite enfance, entreprise, personnes précaires, professionnels de santé	Deux publics cibles minimum			
				3	Des campagnes de sensibilisation et/ou de communication ont été réalisées : - sur la prévention aux troubles mentaux - sur le bien être - sur la santé mentale	- oui			
G	Démarche Coordonnée	Présence d'un coordonnateur	Est-ce qu'il existe un poste dédié ? Quelles sont ses missions? Est-ce que le coordonateur est rattaché à une	1	- pourcentage d'ETP dédié au CLSM - Les missions détaillées dans la fiche de poste	- 1 ETP/CLSM de 100 000 hab - oui	Cahier des charges, fiche de poste,		
		Temps d'échange entre acteurs	Les réunions de travail sont-elles régulières ? Est-ce que les réunions de travail sont programmées avec un OJ connus?	2	- Nombre de réunions - Pourcentage des acteurs (ou de leur représentant) concernés présents aux réunions - Préparation de la réunion - Elaboration de l'ordre du jour - Compte rendu à jour - RETEX sur les réunions	- Oui - 50% - Oui - Oui - Oui - Oui	Bilan d'activité, CR		
		Suivi	Comment les acteurs communiquent ils entre eux ?	3	Présence d'outils de communication: - mailing list à jour -messagerie dédiée -numéro unique du CLSM -un site internet actualisé Diffusion des CR réunions/Rapport d'activité	une procédure de communication doit être mise en place et connu par toutes les personnes participant aux GT	déclaratif + documents justifiant de la communication		