

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2021

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 30/09/2021

Par

Jalal CHARRON

**Mise en œuvre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et du Fond
d'innovation organisationnelle en psychiatrie. Enjeux nationaux et
effets locaux, l'exemple de la Seine-Saint-Denis.**

Dirigée par M. Nicolas Henckes

JURY

M. le Professeur Frank Bellivier

Président

M. le Professeur Pierre Thomas

Membre du jury

Mme Céline Descamps

Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2021

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 30/09/2021

Par

Jalal CHARRON

**Mise en œuvre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et du Fond
d'innovation organisationnelle en psychiatrie. Enjeux nationaux et
effets locaux, l'exemple de la Seine-Saint-Denis.**

Dirigée par M. Nicolas Henckes

JURY

M. le Professeur Frank Bellivier

Président

M. le Professeur Pierre Thomas

Membre du jury

Mme Céline Descamps

Membre du jury

Remerciements

À M. le Professeur Frank Bellivier, *Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de psychiatrie à l'Université de Paris, Délégué ministériel à la Santé Mentale et à la Psychiatrie, Chef de service du département de Psychiatrie et Médecine Addictologique du groupe hospitalo-universitaire Saint-Louis-Lariboisière-Fernand-Widal.*

Je vous suis reconnaissant de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

À M. le Professeur Pierre Thomas, *Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de psychiatrie à l'Université de Lille, Chef du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine pénitentiaire du CHRU de Lille.*

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

À Mme Céline Descamps, *Directrice d'hôpital, Secrétaire Générale de la Communauté Psychiatrique de Territoire Rhône-Métropole.*

Veuillez recevoir l'expression de ma considération distinguée pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

À M. Nicolas Henckes, *sociologue et chargé de recherche au CNRS, rattaché au Centre de Recherche, Médecine, Sciences, Santé mentale, Société (Cermes3).*

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et avez largement contribué à la construction de mon objet d'étude et à l'enrichissement de ma réflexion. J'ai beaucoup appris à vos côtés au cours des deux dernières années.

Je vous remercie en particulier pour votre disponibilité, votre relecture minutieuse mais également pour la compréhension dont vous avez fait preuve tout au long de la direction de ce travail.

À l'ensemble des acteurs de la santé mentale de Seine-Saint-Denis interrogés dans le cadre de cette thèse.

Je vous remercie pour le temps et les moments d'échange précieux que vous m'avez accordés ainsi que pour les informations que vous m'avez communiquées.

A mes parents.

Je vous remercie pour votre soutien, vos encouragements ainsi que pour m'avoir transmis curiosité et ténacité sans lesquelles je n'aurais pu mener à bien, ni mes études, ni ce travail de thèse.

A ma famille et à mes amis, en particulier à Valérie et Nicolas.

Je vous remercie pour votre soutien, vos encouragements, votre attention, et pour tous les moments passés ensembles qui m'ont permis de me changer les idées.

Enfin, à toi, Solène.

Je te remercie pour le soutien précieux et indispensable que tu m'as apporté tout au long de mon travail, alors que tu menais, toi-même, en parallèle, un travail d'une bien plus haute importance.

Cette aventure, nous l'avons vécue à deux mais pourrons bientôt nous en féliciter à trois.

Résumé :

La prise en charge des maladies mentales est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs dont la collaboration est un enjeu majeur pour le bon déroulement des trajectoires de maladie. Si au cours des cinquante dernières années les politiques de santé mentale ont tenté de répondre à cette complexité par la création d'une diversité d'instruments, ceux-ci ont fait l'objet de critiques de la part des acteurs et semblent avoir échoué à organiser l'offre de soins pour répondre de façon efficiente aux besoins sur l'ensemble du territoire. Cette thèse analyse deux dispositifs récents de la politique de santé mentale visant à répondre à ces critiques : les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIO). Mobilisant une perspective de sociologie interactionniste, l'objectif de cette recherche était notamment d'évaluer comment la mobilisation collective autour du PTSM et du FIO a contribué à transformer l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis.

Une enquête qualitative a été menée entre septembre 2020 et août 2021 : quatorze entretiens semi-directifs et l'étude d'un corpus documentaire ont été réalisés.

La Seine-Saint-Denis se distingue par des difficultés socio-économiques majeures et une offre de services de santé mentale inférieure à la moyenne. Son système de santé mentale se caractérise par l'existence d'un grand nombre de réseaux de coopération professionnelle. Le PTSM et le FIO ont permis de renforcer un peu plus les réseaux existants et de créer quelques coopérations nouvelles, mais n'ont pas entraîné de recomposition majeure des relations entre acteurs. L'introduction des instruments sur le territoire a fait suite à un mouvement social au sein de l'hôpital Ville-Evrard contre l'obligation de faire partie d'un GHT. Obtenant gain de cause, Ville-Evrard, acteur historique et central du territoire, a pris le leadership de l'élaboration du PTSM. La construction d'un collectif, première étape de l'élaboration du PTSM, a nécessité de définir le périmètre des acteurs concernés par la santé mentale, puis d'identifier et de mobiliser des acteurs. Pour les acteurs, s'engager dans la démarche, supposait d'en attendre un bénéfice : ils y ont vu un outil pour faire avancer leurs propres projets. Un travail de diagnostic, d'élaborations de solutions et de priorisation a ensuite été mené. L'élaboration du diagnostic a notamment reposé sur un travail difficile de recueil et de compilation de données. Outre les effets d'interconnaissance, l'élaboration du PTSM a constitué un lieu de savoir et de réflexion, un outil de connaissance du territoire et un vecteur de circulation des idées permettant l'adoption de normes et de valeurs partagées. Au total, le PTSM a permis à

la fois de faire émerger des projets, de les sélectionner et d'aligner derrière eux les acteurs de la santé mentale du département. Le positionnement de l'ARS dans le cadre de cette démarche a été difficile à trouver et jugé insuffisant par les acteurs qui ont également émis des critiques à l'encontre de l'État. ***L'étude du FIO a, quant à elle, permis d'étudier la manière dont les acteurs se saisissent des appels à projet pour financer des projets.***

Si la démarche des PTSM a permis de renforcer la coopération entre acteurs et de faciliter la construction d'un certain nombre de projets, il existe un risque que le niveau de coopération atteint ne se maintienne pas. En effet, les acteurs rapportent un état d'incertitude quant au devenir du PTSM et attendent des clarifications sur le financement des actions du projet. Pour eux, la mise en place d'un dispositif de suivi de la démarche est indispensable. L'enjeu est de taille : outre l'amélioration de l'offre de soin et des parcours, il s'agit de rétablir la confiance des acteurs en la capacité de l'État à mener une réelle politique de santé mentale.

Spécialité :

Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie

Mots clés français :

Recherche qualitative ; Santé mentale ; Psychiatrie ; Politique publique ; Politique de santé ; Interactionnisme symbolique ; Sociologie médicale ; Administration des services de santé

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Abstract :

Organizing the management of chronic mental illnesses is a great challenge. Close cooperation among numerous health services is a major factor in successful treatment and cure. Despite the introduction of a variety of policy instruments during the past 50 years, these same programs have come under criticism by health care professionals as failing to offer efficient methods to effectively meet the mental health care needs of this population. This thesis analyzes two recent programs aimed at better organizing mental health services on a territorial level: the Territorial Mental Health Project (Projet Territorial de Santé Mentale, PTSM) and the Organizational Innovation Fund (Fond d'Innovation Organisationnelle, FIO). The objective of this thesis is to employ an interactionist perspective to assess how these policy instruments have contributed to the transformation of psychiatric and mental health services in the area of Seine-Saint-Denis, France.

Between September 2020 and August 2021, a qualitative research was realized. Fourteen semi-structured interviews were conducted and a documentary analysis was completed.

The region of Seine-Saint-Denis is noted as having major socio-economic difficulties; offers of mental health services are below the national standard. The health care system in this area relies on a network of professionals in the field. The PTSM and the FIO have aided these collaborations and encouraged some new links, but have not conducted to a major restructuring of the relations between professionals. The introduction of these two policy instruments was the result of a general social movement at the Ville-Evrard hospital complex in 2016 that opposed the hospital's participation in Territorial Hospital Groups (GHTs). Their objective realized, the hospital, which is central to the area and was a major player in this defining social movement, took on the leadership of the PTSM. Building a professional collective was the first step in this process and necessitated the definition and identification of the parties involved and their eventual mobilization. The health professionals who engaged themselves in this collective benefited from opportunities to advance personal research. The participants' work included identifying a problem area, defining a solution and prioritizing those solutions. Construction of a diagnosis was based on the difficult task of collecting and compiling relevant data. Finally, as a result of this interdisciplinary cooperation, the PTSM offered a place for reflection and knowledge and a vector for the sharing of ideas, norms and values. The PTSM encouraged new projects and aided in selecting those projects and bringing

together diverse professionals in the field. The position of the Regional Health Agency (ARS) has been difficult to hold and has been found to be insufficiently involved by the professionals in the field who also hold to account the disinterest of the government. As for the FIO, its re-examination has permitted a study into how projects are proposed and finally funded.

If the PTSM has reinforced the cooperation among health care providers and allowed for the construction of a number of new projects, there still exists the risk that this interdisciplinary cooperation cannot be maintained. Many professionals report a level of uncertainty as to the future of the PTSM and await clarifications as to its funding. For them, a system of follow-up controls is indispensable. For them, only a real policy change in the current mental health care system would re-establish their confidence in the government.

English keywords :

Qualitative research; Mental health; Psychiatry; Health policy; Public policy; Symbolic Interactionism; Sociology, Medical; Health services administration

Publication type :

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- AAP Appel à projet
- ANAP Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANPCME Association Nationale des Psychiatres Présidents et vice-Présidents de CME de CH
- APHP Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- ARH Agence régionale de l'hospitalisation
- ARS Agence régionale de santé
- ASE Aide sociale à l'enfance
- ASV Ateliers Santé Ville
- ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- CA Conseil d'Administration
- CLS Contrat Local de Santé
- CME Commission Médicale d'Etablissement
- CMP Centre Médico-Psychologique
- COPIL Comité de pilotage
- CDAPH Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CHRB Centre Hospitaliser Robert Ballanger
- CLSM Conseils Locaux de Santé Mentale
- CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- CPT Communauté psychiatrique de territoire
- CRSA Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- CSAPA Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CSSM Commission Spécialisées en Santé Mentale
- DD Délégation départementale ou délégation territoriale de l'ARS
- DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DG Directeur Général
- DGARS Directeur Général de l'Agence régionale de santé
- EPS-VE Hôpital Ville-Evrard
- EPSM Etablissement Public de Santé Mentale
- EPT Établissement public territorial
- ESAT Établissement et service d'aide par le travail
- ESMS Etablissements et services médico-sociaux
- FAS Fédération des Acteurs de la Solidarité
- FNAPSY Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
- GEM Groupe d'entraide mutuelle
- GHT-GPNE Groupement Hospitalier de Territoire - Grand-Paris Nord Est
- LMSS Loi de modernisation de notre système de santé
- MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
- MCO Médecine Chirurgie Obstétrique
- MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MSP Médiateur de Santé Pair

- PMI Protection maternelle et infantile
- PPSM Plan psychiatrie et santé mentale
- PRAPS Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PTSM Projet Territorial de Santé Mentale
- RPS Réhabilitation Psycho-sociale
- RIM-P Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie
- SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
- SMF Fédération Santé Mentale France
- SPH service public hospitalier
- UDAF Union départementale des associations familiales
- UNAFAM Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
- URIOPSS Union Régionale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | 3 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 9 |
| TABLE DES MATIERES | 12 |
| AVANT-PROPOS | 15 |
| INTRODUCTION..... | 17 |
| 1 LE MONDE DE LA SANTE MENTALE : COMPLEXITE DES TRAJECTOIRES, FRAGMENTATION DES ACTEURS, INSTRUMENTS D’ACTION PUBLIQUE..... | 17 |
| 1.1 <i>Les maladies mentales, des pathologies aux trajectoires complexes.....</i> | 17 |
| 1.2 <i>Fragmentation des acteurs de la santé mentale</i> | 19 |
| 1.3 <i>De la sectorisation au printemps de la psychiatrie, une histoire des instruments de la politique de santé mentale</i> | 21 |
| 2 PROJETS TERRITORIAUX DE SANTE MENTALE ET FOND D’INNOVATION ORGANISATIONNELLE, NOUVEAUX INSTRUMENTS D’ACTION PUBLIQUE..... | 31 |
| 2.1 <i>Perspective en termes d’instrumentation de l’action publique, définition et intérêt</i> | 31 |
| 2.2 <i>Perspective interactionniste</i> | 33 |
| 2.3 <i>Projets Territoriaux de Santé Mentale</i> | 35 |
| 2.4 <i>Du plan au projet.....</i> | 39 |
| 2.5 <i>Fond d’innovation organisationnelle en psychiatrie.....</i> | 41 |
| 3 QUESTIONS DE RECHERCHE | 44 |
| MATERIEL ET METHODOLOGIE | 46 |
| 1 CHOIX DU TERRAIN | 47 |
| 1.1 <i>Choix de l’échelle départementale</i> | 47 |
| 1.2 <i>Choix de la Seine-Saint-Denis.....</i> | 49 |
| 2 RECUEIL DE DONNEES..... | 53 |
| 2.1 <i>Entretiens semi-directifs.....</i> | 53 |
| 2.2 <i>Etude de corpus documentaire.....</i> | 56 |
| 3 ANALYSE DES DONNEES | 57 |
| RESULTATS | 59 |
| 1 DE LA MOBILISATION CONTRE UN PROJET DE GHT A L’ELABORATION DU PTSM | 59 |
| 1.1 <i>Groupement hospitalier de territoire, de la mobilisation à l’obtention d’une dérogation</i> | 59 |
| 1.2 <i>Installation d’une Communauté Psychiatrique de Territoire préfiguratrice.....</i> | 64 |

| | | |
|-----|--|------------|
| 1.3 | <i>Elaboration du projet territorial de santé mentale de Seine-Saint-Denis</i> | 68 |
| 2 | LES ACTEURS | 79 |
| 2.1 | <i>Seine-Saint-Denis, un territoire d’engagement et de collaborations</i> | 79 |
| 2.2 | <i>Construction d’un collectif, mobilisation des acteurs</i> | 87 |
| 3 | LES PHASES DU PROJET | 122 |
| 3.1 | <i>Construire un diagnostic, une affaire de données</i> | 123 |
| 3.2 | <i>Construire le PTSM : sélectionner des fiches action</i> | 128 |
| 4 | LES EFFETS DE LA DEMARCHE | 133 |
| 4.1 | <i>Reconfiguration des rapports entre acteurs de la santé mentale</i> | 134 |
| 4.2 | <i>Usages du PTSM</i> | 141 |
| 4.3 | <i>Circulation des idées et alignement cognitif</i> | 143 |
| 4.4 | <i>Le PTSM, outil pour faire avancer des projets</i> | 148 |
| 5 | RATIONNALISER LES FINANCEMENTS A L’AIDE DES APPELS A PROJETS | 151 |
| 5.1 | <i>Avoir connaissance des appels à projet</i> | 152 |
| 5.2 | <i>Fabriquer une réponse à un appel à projet</i> | 155 |
| 5.3 | <i>Montée en puissance des appels à projet, déploiement d’un système concurrentiel</i> | 160 |
| 6 | POINT DE VUE DES ACTEURS SUR LE PTSM ET LE FOND D’INNOVATION ORGANISATIONNELLE | 164 |
| 6.1 | <i>L’ARS, une position critiquée</i> | 164 |
| 6.2 | <i>Scepticisme sur les instruments, défiance contre l’État</i> | 168 |
| | DISCUSSION - QUEL BILAN PEUT-ON FAIRE DE LA DEMARCHE ? | 176 |
| 1 | RAPPEL DES RESULTATS IMPORTANTS | 176 |
| 2 | POINTS FORTS ET LIMITES DU TRAVAIL DE RECHERCHE..... | 180 |
| 3 | LE PTSM, UN INSTRUMENT MEDICO-CENTRE ?..... | 183 |
| 4 | DES INSTRUMENTS AU CENTRE DE LOGIQUES ANTAGONISTES | 187 |
| 5 | EMERGENCE D’UN SENTIMENT DE RESPONSABILITE COLLECTIVE | 190 |
| 6 | UNE NOUVELLE REPARTITION DES POUVOIRS ?..... | 194 |
| | CONCLUSION | 199 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 201 |
| | ANNEXES | 204 |
| | ANNEXE I - LISTE DES ENTRETIENS | 204 |
| | ANNEXE II – GRILLE D’ENTRETIEN | 206 |
| | ANNEXE III – REPNSES A L’EDITION 2019 DE L’APPEL A PROJET DU FIO EN SEINE-SAINT-DENIS | 208 |
| | ANNEXE IV – CHRONOLOGIE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PTSM ET DU FIO EN SEINE-SAINT-DENIS | 211 |
| | ANNEXE V – PROGRAMME JOURNEE DE LANCEMENT DU PTSM DE SEINE-SAINT-DENIS | 215 |
| | ANNEXE VI – PLACE OCCUPEE PAR LES DIFFERENTS TYPES D’ACTEURS DANS LA DEMARCHE | 216 |
| | PERMIS D’IMPRIMER | 219 |

Avant-propos

Étudiant en médecine, j'ai été saisi très tôt au cours de mes stages à l'hôpital et en médecine ambulatoire, par l'impact que pouvaient avoir de nombreux facteurs non médicaux sur la santé et sur la prise en charge des patients. Je me souviens ainsi que lors de mon premier stage d'externat, dans le service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition du CHU de Rennes, j'ai évolué pendant quelques semaines dans un service qui prenait exclusivement en charge des patients pour obésité. La morbidité associée à cet état est extrêmement importante - risque accru de cancers, risques cardio-vasculaires, troubles respiratoires, problèmes articulaires, troubles psychiques, etc. - et nous devions prendre en compte l'ensemble de ces risques lors de notre examen initial. Par ailleurs, la prise en charge médicale était longue, difficile à mettre en œuvre et rarement couronnée de succès. En me documentant, je me rappelle avoir été surpris en découvrant que l'obésité était inégalement répartie en France (particulièrement présente dans le quart Nord-Est) et que les personnes issues des classes populaires en souffraient davantage que les autres.

Ainsi, et pour de très nombreuses pathologies, l'environnement et les conditions de vie, l'organisation des soins ou encore les politiques de prévention ont un impact considérable sur la santé, un impact plus important, souvent, que la prise en charge médicale même.

En parallèle de cet intérêt naissant pour la santé publique, je m'en découvrais un autre, la même année, parmi les spécialités médicales au programme. N'ayant jamais été confronté à la psychiatrie auparavant, c'est à travers les enseignements que s'opéra d'abord la rencontre. La sémiologie psychiatrique me séduisit par son rapport au langage et au discours, par son rapport au corps – corps dont on observe la dynamique, les postures, les gestes, corps pris

dans sa globalité, non comme dans les spécialités d'organe -, par son rapport aux normes sociales et à la culture. Un stage d'externat dans un secteur de psychiatrie me confirma mon intérêt pour la discipline.

Arbitrant difficilement entre ces deux centres d'intérêt professionnel, je débutai quelques années plus tard un internat de santé publique, avant d'exercer ensuite un droit au remords vers la psychiatrie.

Mon travail de recherche porte sur la mise en œuvre de deux instruments récents de la politique de santé mentale : les Projets territoriaux de santé mentale et le Fond d'innovation organisationnelle. Cet objet, situé à l'intersection des champs de la santé publique et de la psychiatrie, reflète ma trajectoire au sein des études médicales. C'est en effet, au cours d'un stage d'internat au sein du bureau « santé mentale » de la direction générale de la santé que j'entendais pour la première fois parler des projets territoriaux de santé mentale qui étaient censés apporter une réponse à bon nombre des difficultés de la psychiatrie ainsi que du Fond d'innovation organisationnelle, lequel devait relancer le volontarisme politique en matière de santé mentale.

Au-delà des intentions politique et des valeurs affichées, je souhaite, par ce travail, étudier la mise en œuvre de ces instruments, la manière dont les acteurs de la santé mentale s'en sont saisis, et les éventuelles transformations opérées dans le champ de la santé mentale par leur introduction.

Introduction

La prise en charge des maladies mentales est particulièrement complexe et fait intervenir un grand nombre d'acteurs dont la collaboration est un enjeu majeur pour le bon déroulement des trajectoires de maladie. Si au cours des cinquante dernières années les politiques de santé mentale ont tenté de répondre à cette complexité par la création d'une diversité d'instruments, ceux-ci ont fait l'objet de critiques importantes de la part des acteurs et semblent avoir échoué à organiser l'offre de soins pour répondre de façon efficiente aux besoins des populations sur l'ensemble du territoire.

Cette thèse analyse deux dispositifs récents de la politique de santé mentale visant à répondre à ces critiques : les projets territoriaux de santé mentale et le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie. Mobilisant une perspective de sociologie interactionniste, elle examine spécifiquement la façon dont ces instruments ont été développés et sont mobilisés par une diversité d'acteurs dans un territoire spécifique : la Seine Saint Denis.

Dans la suite de cette introduction je présente les enjeux pour la psychiatrie, théoriques et méthodologiques de cette recherche.

1 Le monde de la santé mentale : complexité des trajectoires, fragmentation des acteurs, instruments d'action publique

1.1 Les maladies mentales, des pathologies aux trajectoires complexes

La prise en charge des maladies mentales chroniques est particulièrement complexe. Elles évoluent tout au long de la vie des malades et leur retentissement fonctionnel majeur entrave la capacité des malades à mener leurs vies selon leurs choix.

L'ensemble des sphères de la vie des personnes peut être atteinte : difficulté à fonder une famille, d'entretenir des liens sociaux de qualité et stables, de poursuivre des études ou une formation, d'occuper un emploi, de disposer d'un logement, etc.

Les maladies mentales s'accompagnent en outre de nombreuses comorbidités psychiatriques, addictologiques ou somatiques conduisant à une réduction marquée de l'espérance de vie. Les décès prématurés ont notamment lieu par suicides, par accidents et morts violentes ou par maladies cardio-vasculaires.

Les réponses aux difficultés auxquelles font face les personnes s'inscrivent dans un temps long et impliquent un grand nombre d'acteurs professionnels et non professionnels, bien au-delà de la psychiatrie. Professionnels de santé, acteurs de l'hébergement et du logement, acteurs de l'insertion, services sociaux, acteurs de la justice, Education nationale, acteurs du handicap, familles et proches, etc. peuvent tous être impliqués à un moment ou à un autre dans le parcours de soins et de vie des patients.

Le concept de « trajectoire de maladie », introduit par Strauss et al., caractérise le travail développé par des acteurs multiples pour traiter ou maintenir sous contrôle un processus de maladie (1). Pour les auteurs, la « trajectoire de maladie » renvoie « non seulement au développement physiologique de la maladie [...] mais également à toute l'organisation du *travail* déployé à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui y sont impliqués ». Ils précisent que chaque trajectoire de maladie nécessite des actes, différents savoir-faire et compétences, une répartition des

tâches et des relations entre les différents acteurs ; le malade et la famille étant eux-mêmes pleinement impliqués.

Les termes de « parcours de soins » ou « parcours de vie », dont les occurrences sont de plus en plus fréquentes dans le discours public, reflètent la volonté de mieux intégrer l'action des différents intervenants, nouvel enjeu majeur de la prise en charge des maladies chroniques. L'absence ou le défaut de coordination est alors synonyme de perte d'information, de redondance des actes, d'une moindre efficacité et d'une moindre qualité de la prise en charge.

Si la coordination des soins et la volonté de constituer des parcours de prise en charge plus intégrés concernent l'ensemble de la médecine, la psychiatrie, plus encore que les autres disciplines, se caractérise par une grande fragmentation de ses acteurs.

1.2 Fragmentation des acteurs de la santé mentale

Le champ de la psychiatrie et de la santé mentale - dans lequel on inclura également, à partir de ce point et dans toute la suite de cet exposé, les personnes participant à la définition des politiques de santé mentale -, comporte une multitude d'acteurs qui interviennent de près ou de loin dans la prise en charge et l'accompagnement des malades.

On oppose ainsi habituellement les secteurs social, médico-social et sanitaire, qui se distinguent par une réglementation, des modes de financement, des cultures professionnelles et des logiques d'actions différentes, créant un « cloisonnement » du système de santé. De

manière schématique, le secteur sanitaire assure la prévention et les soins, tandis que les secteurs social et médico-social sont en charge du suivi social, de l'accueil au sein de structures résidentielles ou de travail, et de l'accompagnement des malades.

Il ne m'appartient pas ici d'examiner la pertinence de ces catégories ou d'en délimiter le périmètre mais simplement de constater que leur « décloisonnement » est identifié comme une cible de l'action publique en matière de santé¹. Il est, par ailleurs, indiscutable que le champ de la santé mentale est profondément fragmenté, au sein même de chacune de ces trois catégories.

Ainsi, à titre d'exemple, si l'on considère la psychiatrie seulement, elle est divisée selon l'âge des patients (psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte, émergence du champ de la gérontopsychiatrie, développement de structures pour adolescents ou jeunes adultes), selon la manière d'expliquer et prendre en charge les troubles mentaux (psychanalyse, approche comportementaliste, orientation neurobiologique, etc.), selon le lieu et le mode d'exercice (services intersectoriels ou services de secteur, service universitaire ou non, psychiatrie publique ou psychiatrie privée), selon la pathologie avec l'émergence de filières spécialisées (autisme, addictions, centres experts dans la schizophrénie ou les troubles de l'humeur), etc. L'existence d'un grand nombre d'organisations professionnelles représentatives des psychiatres² reflète cette segmentation de la discipline.

¹ Le plan « Ma santé 2022 » se donne pour objectif le décloisonnement du système de santé. La Feuille de route santé mentale et psychiatrie prévoit de mettre en œuvre des parcours de soins coordonnés entre les secteurs sanitaire et social pour les patients souffrant d'une pathologie mentale grave.

² Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), Union syndicale de la psychiatrie (USP), Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP),

Syndicat des psychiatres Français (SPF), Association française des psychiatres d'exercice privé – Syndicat national des psychiatres privés (AFPEP-SNPP), Association des jeunes psychiatres et jeunes addictologues (AJPJA), Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) ou encore Association des secteurs de psychiatrie Infanto-Juvenile (API).

La psychiatrie et le secteur sanitaire ne sont pas les seuls concernés par cette fragmentation, on pourrait aussi trouver de nombreuses lignes de fracture au sein des secteurs social et médico-social.

Face à cette fragmentation des acteurs, les pouvoirs publics regrettent l'illisibilité du monde de la santé mentale.

Les professionnels, quant à eux, rapportent des difficultés à collaborer entre acteurs de la psychiatrie et du secteur médico-social du fait d'une faible interconnaissance, d'une méconnaissance des attributions, compétences, manières d'agir, temporalités de travail et des contraintes mutuelles, qui sont autant de sources d'incompréhensions.

1.3 De la sectorisation au printemps de la psychiatrie, une histoire des instruments de la politique de santé mentale

1.3.1 Les multiples vies de la sectorisation psychiatrique

Pour réguler les coopérations inter-organisationnelles et renforcer l'intégration du système, les politiques de santé mentale ont créé progressivement une série d'instruments et dispositifs. Ainsi, sous l'impulsion d'un groupe de « jeunes psychiatries » issus du corps des médecins des hôpitaux psychiatriques et marqués par l'expérience de la seconde guerre mondiale³, la politique de santé mentale connaît une évolution majeure avec la circulaire du 15 mars 1960 et la création du secteur psychiatrique (2).

³ Plus de 40 000 patients meurent de faim dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la seconde guerre mondiale

L'objectif de la politique de secteur est alors de créer une offre de services de santé mentale diversifiée et à proximité des populations. Concrètement, le territoire français est découpé en secteurs psychiatriques d'environ 60 000 habitants. Chaque patient relève d'un secteur correspondant à son lieu de résidence. Chaque secteur doit être équipé d'un service hospitalier et d'une diversité de services extrahospitaliers qu'il convient de créer selon les besoins locaux : centre médico-psychologique, hôpital de jour, de nuit, ateliers thérapeutiques, foyers, etc. Une même équipe prend en charge le patient à l'hôpital et en ambulatoire, permettant d'assurer la continuité des soins.

La question de l'intégration aux missions du secteur de la prévention des maladies mentales ainsi que d'une série de problèmes situés à la frontière entre bien-être et souffrance psychique s'est posée très tôt, sous la forme, d'abord de la question de l'hygiène mentale puis de la notion de santé mentale. La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale élargit ainsi le champ d'action de celle-ci « de la lutte contre les maladies mentales à la santé mentale », considérant qu'il est impératif « d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé ». Cette orientation est confirmée dans le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, « qui consacre l'institutionnalisation de la santé mentale comme objet d'une politique publique, venant inclure ou remplacer la psychiatrie » (3). La santé mentale y est définie comme comportant trois dimensions : « la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions

thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants. »

Pour Lise Demailly et Caroline Maury, la définition de la santé mentale n'est pas dépourvue d'ambiguïté (3). Si l'expression a été introduite afin de désigner et mettre en œuvre une approche de santé publique transversale, englobant à la fois la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique dans son sens le plus large - et pas seulement des troubles mentaux tels que définis dans les classifications -, elle est parfois utilisée par les acteurs comme simple synonyme de la psychiatrie.

Le secteur psychiatrique, confirmé⁴ et transformé⁵ dans sa mise en œuvre par plusieurs lois et décrets entre 1960 et 1990 constitue encore aujourd'hui le pilier du système de santé mentale en France. Bien que le secteur soit souvent présenté comme un dispositif spécifique, il a évolué et existé sous différentes formes au cours de son histoire et comporte au moins deux dimensions distinctes.

On peut ainsi identifier le secteur comme instrument de planification et d'organisation des acteurs du territoire, tel qu'il a été conçu dans la circulaire de 1960. Par ailleurs, le secteur est aussi un projet et un idéal, celui d'une psychiatrie dans la cité, reposant sur une philosophie anti-asilaire et humaniste, défendant une vision holistique du sujet et visant à préserver l'insertion sociale et la dignité des malades.

La sectorisation a été très critiquée pour son incapacité à organiser la transformation de la psychiatrie et à permettre son tournant ambulatoire (le transfert des prises en charge de

⁴ La loi du 25 juillet 1985, notamment, donne un statut juridique au secteur psychiatrique en l'inscrivant dans le code de la santé publique.

⁵ Les textes du début des années 1970 retirent au secteur sa dimension organisatrice et régulatrice des soins : il devient un territoire de concertation avec l'ensemble des partenaires du territoire.

l'hôpital vers la cité). Par ailleurs, la mise en œuvre de la sectorisation, très hétérogène sur le territoire, a été remise en question comme mode d'organisation des soins à partir des années 1990, cédant la place à d'autres logiques planificatrices. L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime ainsi la carte sanitaire qui constituait jusqu'alors le cadre légal du secteur psychiatrique. La suppression du secteur psychiatrique est ensuite confirmée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire, promulguée le 21 juillet 2009, qui introduit le territoire de santé comme cadre global dans lequel la psychiatrie s'exerce puis par une ordonnance du 23 février 2010 qui supprime de l'article L.3221-1 du code de la santé publique les références au secteur psychiatrique.

La disparition de la dimension projet du secteur psychiatrique ne sera, en revanche, jamais effective. En effet, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé réintroduit la notion de « mission de psychiatrie de secteur » consistant en la mise à disposition d'une offre de soins psychiatriques de proximité, accessible financièrement et géographiquement et fonctionnant de manière continue.

1.3.2 Le rapprochement des secteurs sanitaire, social et médico-social, un nouvel enjeu de l'action publique

Si l'enjeu principal, jusque dans les années 1990, était l'application de la circulaire de 1960 et des textes des années 1970 sur la sectorisation psychiatrique, l'émergence de la question du rapprochement des secteurs sanitaire, social et médico-social marque un tournant dans les années 2000. Les difficultés affectant les personnes atteintes de troubles psychiques font ainsi l'objet d'une nouvelle problématisation pour devenir une question intéressante à la fois les politiques sanitaires, sociales et médico-sociales (4).

En juillet 2001, le Rapport « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », rédigé par Éric Piel et Jean-Luc Roelandt, bien qu'il propose de « mener à son terme » la politique de sectorisation, propose un changement de paradigme par rapport à celle-ci et participe de cette nouvelle problématisation (5).

Le rapport oppose une logique d'institution à une logique de réseau qu'il faudrait développer afin d'adapter les services de santé mentale aux besoins des patients. Les auteurs proposent ainsi le regroupement des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile d'un « bassin de santé » au sein d'un service territorial de psychiatrie (STP) qui aurait pour objet d'assurer les soins psychiatriques sur ce bassin. Chaque secteur comporterait une offre de soins minimale (équipe 24/24H de soins à domicile, CMP ouverts de 8 à 20H, des familles d'accueil, des appartements associatifs et thérapeutiques, etc.). Le STP comporterait également des dispositifs intersectoriels à destination de l'ensemble du bassin de santé (Centre d'accueil intersectoriel, psychiatrie de liaison au sein de l'hôpital général, soins aux détenus, dispositifs de soins aux populations en grande précarité ou aux patients atteints du VIH). Les auteurs proposent que chaque STP soit articulé à un Réseau Territorial de Santé Mentale (RTSM) qui couvre le même territoire, composé d'acteurs sanitaires, d'acteurs sociaux, d'acteurs judiciaires, d'acteurs médico-sociaux, d'acteurs culturels et de représentants des citoyens. La gestion du RTSM serait confiée à un Conseil Territorial de Santé mentale, comprenant des représentants de chaque champ concerné par la santé mentale, ainsi que des représentants des usagers, familles et associations. Le RTSM s'appuierait sur un Projet Territorial de Santé mentale, rédigé pour une durée de cinq ans qui déclinerait les politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies aux niveaux national, régional et départemental.

Bien que Roelandt et Piel inscrivent leur proposition dans la continuité de la sectorisation, elle en constitue néanmoins une remise en cause, de fait, puisqu'elle propose la mise en œuvre

d'une nouvelle organisation territoriale de la santé mentale, supra-sectorielle, dont le système de gouvernance échappe aux seuls acteurs du secteur sanitaire pour intégrer ceux des secteurs social et médico-social.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en reconnaissant l'altération d'une ou plusieurs fonctions *psychiques* comme facteur de handicap a également contribué à cette nouvelle problématisation. En effet, en définissant un handicap psychique, elle reconnaît que les difficultés des personnes relèvent des champs d'action social et médico-social.

Les trois plans santé mentale qui se succéderont entre 2001 et 2015, en mettant l'accent sur la nécessité de coordonner les accompagnements psychiatriques, sociaux et médico-sociaux, confirment l'inscription de la santé mentale comme objet d'une politique globale.

1.3.3 Rapport Laforcade, préfiguration du PTSM

En novembre 2014, le directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Michel Laforcade est missionné par Marisol Touraine, ministre de la santé pendant la présidence de François Hollande. Il doit apporter des « réponses concrètes, notamment organisationnelles » visant à faire coopérer, sur les territoires, l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires contribuant aux soins, à l'accompagnement et à l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'un des axes de la mission consiste ainsi à définir une méthode pour les ARS et construire des outils pour les acteurs locaux afin de déployer « une organisation optimale des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie », dans une logique d'amélioration des parcours de soins et de vie des personnes. La ministre, à travers cette mission, vise à relancer

l'action publique dans le champ de la santé mentale suite au Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Elle évoque, dans la lettre de mission, le projet de loi⁶ relatif à la santé et indique que les propositions du rapport pourront nourrir celui-ci.

Le rapport Laforcade est remis en octobre 2016 (6). S'il est rendu public après la publication de la loi de santé de janvier 2016, les conclusions du rapport ont déjà circulé au moment où le rapport paraît⁷. Rapport et loi ont été préparés en parallèle et la doctrine mise en forme dans le rapport vise à accompagner le déploiement de la loi.

Conformément à la lettre de mission, le rapport comporte notamment des propositions visant à mettre en place une nouvelle organisation territoriale de la politique de santé mentale. Ainsi, le quatrième axe du rapport s'intitule « Définir et mettre en place la nouvelle organisation territoriale de la politique de santé mentale : un panier de services indispensables dans tous les territoires ». Il recommande l'introduction d'un panier de services minimum et développe des propositions concernant le projet territorial de santé mentale, inscrit dans la Loi de Modernisation du Système de Santé.

La définition d'un « panier de soins et services disponibles sur l'ensemble du territoire » et accessible à l'ensemble de la population est une idée forte développée dans le rapport. Pour Michel Laforcade, l'enjeu du panier de services est de résoudre les inégalités d'équipement sur les territoires, dans un système où peu de recommandations de bonnes pratiques existent. Le rapport identifie ainsi une liste de services indispensables que les acteurs devront mettre en place dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale et dont le secteur rénové « doit pouvoir disposer, en propre ou en coopération » : CMP ayant des horaires d'ouverture larges

⁶ Qui donnera lieu à la loi de santé de 2016.

⁷ Les propositions du rapport Laforcade sont ainsi discutées dans le rapport d'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 réalisé par le HCSP et publié en avril 2016.

et des délais d'attente limités, soins à domicile et consultations avancées, hospitalisations courtes, soins intensifs à domicile, GEM, ESAT, gestionnaire de cas complexe, etc.

Le projet territorial de santé mentale vise, quant à lui, à mettre en place une organisation qui n'est plus pensée à l'échelle d'un secteur mais à l'échelle d'un territoire « où les professionnels se connaissent et travaillent ensemble ». S'articulant avec un secteur « rénové » dont les missions sont précisées dans le rapport, les PTSM doivent permettre l'organisation et le déploiement du « panier de soins et services » minimum, sous le pilotage des ARS qui en garantissent l'accès grâce aux Contrats territoriaux de Santé mentale (CTSM).

Si le rapport évoque une continuité entre l'article 69 de la loi de santé de 2016 et la circulaire de 1960, et affirme proposer une « rénovation » du secteur, il s'en éloigne également en prenant pour échelle d'organisation de la santé mentale un territoire plus large et en intégrant à sa gouvernance les acteurs des secteurs social, médico-social et les collectivités territoriales.

Parallèlement à la remise du rapport, un conseil national de santé mentale (CNSM) présidé par le sociologue Alain Ehrenberg est installé le 10 octobre 2016. Ses missions sont notamment, dans le prolongement du rapport Laforcade et la LMSS, de faciliter l'élaboration des PTSM et de veiller à la cohérence et à l'articulation des différents champs en santé mentale. Un comité de pilotage de la psychiatrie est installé le 13 janvier 2017, sous la présidence du psychiatre Yvan Halimi et de Cécile Courrèges, Directrice Générale de l'Offre de soins. Ce comité réunit des représentants des usagers et des professionnels de la psychiatrie et se veut « une instance de réflexion, de propositions et de production spécifique à la psychiatrie » dont les travaux ont vocation à s'articuler avec ceux du CNSM.

Ainsi, l'année 2016 voit la mise en place d'un dispositif composite, composé des projets territoriaux de santé mentale et du conseil national de santé mentale qui vise à la fois à remobiliser le champ de la psychiatrie et à le responsabiliser.

Le remobiliser d'abord, parce que ces deux instruments, à des échelles différentes, permettent aux acteurs de la psychiatrie d'être partie prenante des décisions les concernant et d'élaborer des propositions pour réorganiser le dispositif de soins. Le CNSM et les PTSM, tout en leur donnant un horizon, montrent aux acteurs de la psychiatrie que les pouvoirs publics s'intéressent à ce qu'ils font et proposent.

Le dispositif vise également à responsabiliser le champ de la psychiatrie. En effet, les acteurs de la psychiatrie doivent s'organiser et formuler eux-mêmes les réponses aux difficultés que traverse leur discipline.

1.3.4 Réponse au printemps de la psychiatrie

En mai 2017, Emmanuel Macron est élu président de la République et nomme Agnès Buzyn ministre de la santé. Le printemps 2018 voit la psychiatrie s'engager dans un mouvement social de grande ampleur, « le printemps de la psychiatrie », nourri par la convergence de plusieurs collectifs de mobilisation locaux : « Psychiatrie parisienne unifiée », « Pinel en lutte » de l'hôpital Philippe Pinel à Amiens, les « Blouses noires » de l'hôpital du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen, « les Perchés » de l'hôpital Pierre Janet du Havre, « La Psy Cause » à Saint-Etienne, etc. Les mobilisations locales font appel à des répertoires d'action variés : plusieurs mois de grèves et d'occupation du parvis de l'hôpital Pinel à Amiens, occupation du bâtiment de la direction et grève de la faim à Sotteville-lès-Rouen, occupation du toit du service d'urgence de l'hôpital Pierre Janet au Havre par sept soignants. Une coordination nationale « le printemps de la

psychiatrie » est mise en place et deux journées de rassemblement nationale ont lieu à Paris (22 janvier, 21 mars) et viennent parachever le mouvement au début de l'année 2019. Soulignons que ces mobilisations reprennent et relancent des mobilisations anciennes ayant eu lieu au cours des années 2000 : l'appel des 39, la nuit sécuritaire, etc.

Dans le cadre du printemps de la psychiatrie, les acteurs demandent des moyens humains, matériels et financiers supplémentaires, pour garantir un accueil « digne »⁸ des malades. Les grévistes accusent les hôpitaux dans lesquels ils travaillent de les pousser à la maltraitance du fait de l'insuffisance des moyens qui leurs sont alloués. L'accueil de patients au-delà des capacités des établissements est ainsi dénoncé, de même que le recours obligé à l'isolement et à la contention par manque de lits et de personnel. La psychiatrie est étiquetée « parent pauvre de la médecine », par manque de volonté politique.

Le 28 juin 2018, en réponse à un mouvement social qui s'étend, la ministre de la santé, Agnès Buzyn présente une feuille de route santé mentale et psychiatrie fixant les orientations pour l'action de l'État en matière de santé mentale. Elle installe également une nouvelle instance de concertation nationale : le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en lieu et place du Conseil national de santé mentale.

En 2019, un poste de délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie est créé et confié au Professeur Frank Bellivier afin de mettre en œuvre la feuille de route et « d'impulser la dynamique de transformation et d'ouverture de la psychiatrie ».

Un fond de 20 millions d'euros visant à renforcer les ressources de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et un fond d'innovation organisationnelle doté de dix millions d'euros sont

⁸ Ainsi, la principale revendication du mouvement des « Blouses Noires » à l'hôpital du Rouvray porte sur la création de 52 postes de paramédicaux.

également créés. Le fond d'innovation organisationnelle a pour objectif de financer des dispositifs innovants via un appel à projet. Si des moyens supplémentaires sont effectivement délégués à la psychiatrie, on constate un décalage entre la demande du mouvement social de moyens supplémentaires pour financer la création de postes dans les hôpitaux et la réponse du gouvernement qui conditionne ces moyens au caractère innovant des projets financés.

Enfin, les travaux du comité de pilotage de la psychiatrie sont relancés en septembre 2019, avec le remplacement du Dr. Halimi par le Pr. Pierre Thomas à sa présidence.

Après avoir évoqué les grandes étapes de l'histoire des instruments de la politique de santé mentale, je présenterai dans la section suivante les deux instruments qui feront l'objet de ce travail de recherche : les projets territoriaux de santé mentale et le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

2 Projets territoriaux de santé mentale et Fond d'innovation organisationnelle, nouveaux instruments d'action publique

Dans le cadre de leurs politiques de santé mentale, les gouvernements successifs de François Hollande puis d'Emmanuel Macron ont introduit deux instruments d'action publique : les projets territoriaux de santé mentale et le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

Avant de revenir sur ces deux instruments, je précise la perspective théorique que j'adopte.

2.1 Perspective en termes d'instrumentation de l'action publique, définition et intérêt

L'analyse des techniques de domination ou des technologies de gouvernement figurent au nombre des grandes questions qui intéressent la sociologie de l'action publique. L'approche en termes d'instrumentation de l'action publique relève de ce champ et s'inscrit, notamment, dans la continuité des travaux de Max Weber (7), de Michel Foucault (8,9) ou d'Alain Desrosières (10) sur les techniques de domination politique.

Lascoumes et Le Galès définissent l'instrument d'action publique comme « un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (11). L'instrumentation de l'action publique renvoie, quant à elle, « à l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale. »

Pour Hood, l'une des questions que soulève l'analyse des instruments d'action publique est celle de leur choix et de leur adéquation aux objectifs poursuivis (12).

Plusieurs auteurs ont proposé une typologie des instruments d'action publique. Lascoumes et Le Galès retiennent cinq grands modèles, porteurs chacun d'un type de rapport politique et d'un type de légitimité : les instruments « législatif et réglementaire » qui font de l'Etat un tuteur du social au nom de l'intérêt général, « Économique et fiscal » dans laquelle l'État est producteur de richesse et redistributeur, « Conventionnel et incitatif » où l'état est mobilisateur, à la recherche de l'engagement direct des acteurs ; « Informatif et communicationnel » où l'état met en œuvre une « démocratie du public », expliquant ses décisions et cherchant à responsabiliser les acteurs ; et enfin, « Normes et standards ou *best practices* » où l'État s'appuie sur des mécanismes de concurrence.

L'analyse de l'action publique par ses instruments présente plusieurs intérêts. Pour Lascoumes et Simard, plutôt que d'étudier les politiques publiques par ses contenus ou par ses acteurs, l'approche par les instruments, en s'intéressant à une « dimension discrète et significative » de l'action publique, permet de la saisir « dans sa matérialité » (13). Davantage que la rhétorique politique, l'instrument « matérialise les intentions », constitue un « traceur du changement » et constitue une « variable » permettant d'expliquer l'action publique. Les instruments d'action publique ne sont pas des outils neutres : ils « produisent des effets spécifiques, indépendants des objectifs poursuivis, qui structurent, selon leur logique propre, l'action publique ». Ainsi, les instruments d'action publique « sont porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé ». Ils induisent une problématisation spécifique de l'enjeu traité. Les instruments d'action publique sont également révélateurs d'une théorisation du rapport gouvernant / gouverné et sont en ce sens « une forme condensé de savoir sur le pouvoir ».

Dans la suite de ce travail, projets territoriaux de santé mentale et fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie seront étudiés comme des instruments d'action publique, inscrivant ainsi, en partie, ma réflexion dans le champ de l'analyse des politiques publiques et de la sociologie politique. Instruments « de mobilisation sociale » mais également, pour le fond d'innovation organisationnelle, de mise en concurrence, j'analyserai les différentes formes de problématisation des difficultés de la psychiatrie dont ils sont porteurs.

2.2 Perspective interactionniste

Mon travail de recherche s'inscrira également dans la perspective de la sociologie interactionniste et s'appuiera plus particulièrement sur la notion d'ordre négocié développée par Anselm Strauss (14).

S'opposant à un paradigme déterministe, la sociologie interactionniste étudie les systèmes sociaux non comme des entités préexistantes déterminant l'action humaine, mais comme le produit de rencontres, de négociations, de conflits, de processus de connaissance et d'apprentissage permanents entre les individus. Les êtres humains sont perçus « comme réflexifs, créatifs et actifs et non pas comme des objets passifs soumis à des forces sociales sur lesquelles ils n'auraient pas de contrôle » (15).

La sociologie interactionniste propose d'étudier l'action collective et les processus plutôt que les faits constitués. En effet, l'ordre social est un ordre en construction permanente, façonné par les individus au gré de leurs interactions. Les règles de fonctionnement de la société et de ses institutions, qu'elles soient formelles ou informelles, écrites ou tacites, sont perpétuellement remises en question, discutées, négociées, étendues, appliquées ou ignorées selon les contextes.

Dans cette perspective, l'ordre est émergent plutôt qu'établi, et il correspond à la totalité des règles impliquées dans une situation, d'où le terme d'ordre négocié. Tout changement au sein de cet ordre appelle une renégociation ou une réévaluation. Les organisations sont ainsi conceptualisées comme des « systèmes de négociation permanente. »

L'approche interactionniste et l'approche par les instruments d'action publique relèvent toutes les deux d'une sociologie de l'action et il est possible de les conjuguer. En effet, dans une perspective interactionniste, les instruments d'action publique participent à l'ordre négocié, pouvant être à la fois objets et instruments de négociation. Ils contribuent à

l'établissement de systèmes de règles et à l'organisation de rapports entre les différents acteurs. Les instruments ne figent pas une situation, mais participent, au contraire, au renouvellement permanent de l'ordre négocié entre les acteurs. Le projet, en ouvrant un espace d'échanges, d'interactions et de négociations entre des acteurs multiples, semble, par essence, incarner et se prêter à une approche interactionniste.

De manière symétrique, les acteurs agissent sur les instruments. Selon Lascoumes et Simard, en effet, les instruments « ne sont pas inertes, librement disponibles pour des mobilisations sociopolitiques », ils « détiennent une force d'action autonome qui se développe en interaction avec les acteurs qui les utilisent » (13).

2.3 Projets Territoriaux de Santé Mentale

Introduits par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, les projets territoriaux de santé mentale s'inscrivent dans le prolongement d'outils méthodologiques développés par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) depuis 2010 sur les parcours des personnes âgées. A partir de 2013⁹, les outils sont ensuite adaptés aux spécificités et particularités des pathologies psychiatriques et du handicap psychique. En 2013, l'agence expérimente ainsi auprès de trois ARS, une méthodologie visant à définir un « un plan d'actions prioritaires à conduire, articulant les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales à mobiliser pour fluidifier les parcours des usagers, prévenir les inadéquations multiples identifiées et recomposer les réponses à

⁹ En 2013, l'ANAP prend le relais de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) (1993 – 2013) en intégrant à son programme de travail le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale.

promouvoir ». La construction de ces plans d'action s'est appuyée sur une concertation soutenue des divers acteurs et professionnels concernés.

A la suite de cette expérimentation, l'ANAP a publié plusieurs guides méthodologiques¹⁰ visant à généraliser la démarche afin de favoriser « la conduite de réponses décloisonnées en réseau, structurant des parcours pertinents, sur la base d'un diagnostic territorial fiable » : en août 2015, « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : première approche » et en décembre 2016, « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et en santé mentale – Méthode et outils pour les territoires ».

L'article 69 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé » instaure le projet territorial de santé mentale « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». Fondements du renouvellement d'une politique territoriale de santé mentale souhaité par les pouvoirs publics, les PTSM doivent être « élaborés et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale » à l'échelle d'un territoire. Il s'agit d'une spécificité de cet instrument. En effet, contrairement au Projet Régional de Santé, élaboré par les ARS après consultation des acteurs, dans le cadre du PTSM, les pouvoirs publics essaient d'organiser l'initiative des acteurs.

L'élaboration du PTSM se base sur la construction d'un diagnostic partagé. Ce diagnostic doit « identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services » et doit « préconiser des actions pour y remédier ».

¹⁰Les éléments méthodologiques introduits par ces deux publications (« Modèle de la rosace » aux 5 portes d'entrées, structuration de la démarche en quatre phases : cadrage, diagnostic partagé, élaboration d'une feuille de route et mise en œuvre de la feuille de route) sont très fréquemment cités et repris par les acteurs de terrain.

La loi indique que les projets territoriaux de santé mentale organisent notamment les conditions d'accès de la population « à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. »

Après approbation du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale par le directeur général de l'agence régionale de santé, un contrat territorial de santé mentale doit être conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire. Il porte notamment sur les actions visant à mettre en œuvre le PTSM.

Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé met en place un instrument visant à mobiliser l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale, afin d'améliorer les parcours mais également répondre aux insuffisances de l'offre de soin et d'accompagnement.

La loi prévoit également l'installation de communautés psychiatriques de territoire dont le rôle est de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale afin d'offrir aux patients des parcours « coordonnés et sans rupture ». Elles doivent également contribuer à la définition et à la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale.

Les modalités d'application de l'article sont précisées par deux décrets. Le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 marque une première étape en précisant les modalités de mise en œuvre des communautés psychiatriques de territoires. Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017, seconde étape dans la mise en œuvre des PTSM, prévoit un délai maximum de trois ans avant leur transmission aux ARS et une durée de validité de cinq ans. Il identifie six priorités à traiter

dans les projets territoriaux de santé mentale : organisation de l'offre de soins et d'accompagnement, accès aux soins somatiques, prise en charge des situations de crises et d'urgence, organisation des parcours de santé, promotion des droits des patients, action sur les déterminants de la santé mentale.

Une instruction¹¹ est également diffusée en juin 2018 afin d'accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. Elle propose une « boîte à outil » comportant des exemples d'actions pour chacune des priorités décrites dans le décret. Elle précise que le périmètre du PTSM – situé entre l'échelon local et l'échelon régional – doit être défini par les acteurs. L'instruction indique qu'il doit être à la fois « un territoire de coordination des acteurs » et « un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité » et qu'avant tout, il doit constituer « un territoire de projet et d'engagement des acteurs ». Le texte prévoit également que la démarche inclue « l'ensemble des acteurs de la santé mentale » et fournit une liste indicative de ces derniers. Elle précise aussi le rôle des ARS (animation, suivi de la démarche), les modalités de gouvernance du projet, les outils¹² que les acteurs peuvent utiliser pour réaliser le diagnostic et rédiger le projet, les modalités de contractualisation et de mise en œuvre du PTSM.

¹¹ L'instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/SP4/2018/137 du 5 juin 2018

¹² Outre la publication des deux guides méthodologiques déjà cités, l'ANAP, a poursuivi sa démarche d'accompagnement tout au long de la période de mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale. Elle a notamment organisé une série de cinq *webinaires*, mis à disposition des acteurs un « kit d'outils » comportant des « fiches », des « fiches outil », des « supports » et des « document-types » et a organisé, **à travers sa communauté de pratiques** en ligne, « Résolutions », **plusieurs journées de rencontre**, début 2020. Enfin, en mars 2019, l'agence a publié le tome 2 du guide « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et en santé mentale – Méthode et outils pour les territoires », constitué de retours d'expérience.

La publication de l'instruction a été saluée par plusieurs acteurs nationaux (Adesm, FHF, UNAFAM, Conférence nationale des Présidents de CME de CHS, Fnapsy) dans le cadre d'un communiqué conjoint publié le 29 juin 2018. Ces organismes y ont vu « un signal positif à l'adresse des acteurs du champ de la psychiatrie et de la santé mentale en faveur de la poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre des PTSM sur l'ensemble du territoire national ». La réception de la réforme semble avoir été bonne et les mobilisations observées sur le terrain, plutôt rapides. Ainsi, plusieurs acteurs nationaux des secteurs sanitaires et médico-social (AdESM, ANPCME, Conférence nationale des Présidents de CME de CHS, FNAPSY, FAS, SMF, UNAFAM) ont organisé le 6 juin 2029, à Paris, une journée nationale visant à accompagner leurs membres dans la participation à l'élaboration des PTSM.

2.4 Du plan au projet

Pendant la période des trente glorieuses, les politiques de modernisation économique et sociale du pays sont fondées sur la planification et la production d'équipements collectifs. L'utilisation du plan se caractérise par plusieurs traits : une volonté centralisatrice, une application uniforme des politiques sur l'ensemble du territoire et une sectorisation de l'action publique (16). Les décisions sont prises par une élite intellectuelle et politique s'appuyant sur un savoir expert et technique.

Les instruments projet et contrat apparaissent à partir du début des années 1970, dans le cadre de la politique de la ville, dans le contexte de l'émergence d'une critique d'un mode d'action publique fondé sur une planification centralisatrice puis des premières lois de décentralisation. Bien que projet et plan s'appuient tous deux sur un diagnostic local, le projet

propose une conception de l'action publique opposée à celle du plan (17). En effet, le projet n'est plus conçu, uniquement par des experts, à un niveau central, mais fait au contraire intervenir une multitude d'acteurs. Porteur d'une ambition démocratique, il repose, selon Gilles Pinson, sur « des conceptions relatives aux conditions de possibilité de l'action collective et de construction de consensus dans nos sociétés contemporaines » (18).

Le projet est ainsi conçu de manière territorialisée, à un échelon local, dont il prend en compte le contexte. Impliquant les collectivités territoriales et les acteurs de terrain, il s'oppose à la logique descendante du plan. Le savoir des différents acteurs est valorisé. Le processus est indéterminé : il laisse une part importante à la négociation entre les acteurs et se construit par ajustements successifs.

Le projet et la contractualisation visent à limiter les risques de fragmentation de l'action publique en mobilisant une multitude d'acteurs appartenant à différents secteurs et niveaux de l'action publique. Leur enjeu est la construction de décisions concertées.

Mis en œuvre initialement dans le secteur des politiques de la ville, projet et contractualisation ont progressivement été utilisés dans l'ensemble des secteurs de l'action publique. Dans le champ sanitaire, outre les PTSM, existe également le contrat local de santé (CLS) mis en œuvre entre les ARS et une ou plusieurs collectivités territoriales afin de réduire les inégalités territoriales de santé. Dans les deux cas, on remet l'initiative aux partenaires locaux – professionnels¹³ dans le cas des PTSM, collectivités territoriales dans le cas des CLS -, l'ARS soutient la démarche, et contractualise avec les acteurs à l'issue de celle-ci.

¹³ La liste non exhaustive des acteurs pouvant être impliqués dans l'élaboration des PTSM, annexée à l'instruction du 5 juin 2018, cite de nombreux acteurs issus de champ variés de l'action publique et permet d'envisager une approche globale et intersectorielle de la santé mentale.

Les deux instruments se distinguent néanmoins par le caractère facultatif des CLS ainsi que par leurs enjeux : dans le cas du CLS, il ne s'agit pas d'organiser un dispositif, mais d'organiser des actions face à des priorités de santé publique.

Le projet régional de santé dans le champ sanitaire et les outils de planification du secteur médico-social¹⁴ ne sont pas conçus sur le modèle du projet, mais du plan. Ils témoignent, dans le champ des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, de la persistance d'un mode de gouvernement vertical - autour des ARS notamment - qui entretient en tension avec la logique du projet.

2.5 Fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie

Le 24 janvier 2019, à l'occasion du congrès de l'Encéphale, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, annonce la mobilisation de quarante millions d'euros supplémentaires pour la psychiatrie pour l'année 2019. Cette annonce s'inscrit dans le cadre de la réponse de la ministre, au mouvement social de grande ampleur qui a traversé la psychiatrie à partir du printemps 2018 et qui se poursuit en ce début d'année 2019. Ainsi, le 22 janvier, deux jours avant l'annonce de la ministre, une manifestation regroupant des professionnels du secteur s'est tenue à Paris.

Parmi les quarante millions d'euros supplémentaires, dix sont destinés à alimenter un fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie, introduit par l'instruction N°DGOS/R4/2019/176 du 19 juillet 2019. Les acteurs de la psychiatrie ont la possibilité de soumettre des projets organisationnels, qui sont ensuite sélectionnés selon des modalités

¹⁴ Schémas handicap départementaux, régionaux et nationaux, programme interdépartemental d'accompagnement des *handicaps* et de la perte d'autonomie, etc.

décrites par l'instruction. Le fond est doté de 10 millions d'euros pour l'année 2019 et de 20 millions d'euros, en 2020, pour sa seconde édition.

L'utilisation de l'instrument appel à projet opère une rupture avec les modes d'action publique que constituent le plan ou le projet.

Contrairement au plan, l'appel à projet ne vise pas à rapprocher l'équipement d'un territoire d'un standard. Il n'ouvre pas non plus, contrairement au projet, de larges espaces d'échange et de négociation entre acteurs d'un territoire, ni ne cherche à construire un consensus entre des intervenants multiples. L'appel à projet met en place un système concurrentiel entre acteurs locaux dans l'accès aux ressources nationales. Ce-faisant, il contraint des acteurs - qui s'engagent librement à produire une réponse - à adopter les objectifs définis par l'administration centrale, au risque de ne pas être sélectionné. Ainsi, pour Eleanor Breton, l'appel à projet constitue une technologie de gouvernement « induisant une appropriation des critères du cahier des charges basée sur des mécanismes d'auto-discipline » (19). Pour Renaud Epstein, l'appel à projet constitue un instrument permettant à l'Etat de gouverner à distance et participe d'un mouvement de centralisation de l'action publique, les services déconcentrés de l'Etat étant « court-circuités » dans le cadre des appels à projet nationaux (16).

L'appel à projet est également présent dans de nombreux secteurs de l'action publique. Il a ainsi fait l'objet d'analyses par le prisme de l'instrumentation de l'action publique dans des contextes aussi différents que les politiques de la ville (16), le financement des projets de recherche (20–22) ou encore dans la politique du patrimoine (19).

Dans le domaine de la santé, les appels à projet sont fréquemment utilisés pour financer des dispositifs de prévention ou de soins par différents financeurs : Ministère de la santé ou

agences nationales (INCA, etc.), ARS, Assurance Maladie, Fondation de France, Fondation Croix-Rouge, etc. Dans le secteur social, il constitue, depuis la loi HPST, une norme pour les opérateurs qui souhaitent créer, étendre ou transformer un établissement ou un service social et médico-social (ESSMS) (23).

Dans le cadre de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie, la direction générale de l'offre de soins a établi un cahier des charges précisant les attendus des projets.

Les projets soumis devaient ainsi s'inscrire dans l'un des cinq axes de travail suivant : repérage et prise en charge précoce en pédopsychiatrie, mise en œuvre des parcours en psychiatrie, télémédecine, accès aux soins somatiques et situations de crise et d'urgence.

Les projets devaient, par ailleurs, présenter un caractère innovant se traduisant dans « la transformation des organisations » ou « l'introduction d'une pratique, d'une intervention ou d'une procédure [...] dans un contexte nouveau ». La mise en œuvre de ces projets vise à « répondre aux besoins de transformation de l'offre de santé en psychiatrie ».

Les ARS étaient en charge d'organiser un appel à projet régional puis d'évaluer les projets, de les classer et de les faire remonter à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Un jury national était ensuite chargé de sélectionner les dossiers retenus pour un financement. Les critères de sélection des dossiers comportaient notamment leur pertinence au vu de la politique de santé régionale, leur caractère innovant, la capacité d'innovation du porteur de projet, leur opérationnalité, la mobilisation des acteurs ou encore leur potentiel estimé de pérennisation et de transférabilité.

Pour l'édition 2019, en dépit d'un délai court entre la publication de l'instruction le 19 juillet et la date limite de dépôt des dossiers, le 1er octobre, 327 dossiers ont été transmis par les régions. Les 42 projets retenus pour un financement ont été annoncés par la Ministre de la santé Agnès Buzyn, le 6 décembre 2019, à l'occasion du Congrès Français de Psychiatrie.

3 Questions de recherche

Dans la suite de ce travail, je retrace les trajectoires du Projet Territorial de Santé Mentale et du Fond d'innovation organisationnelle en Seine-Saint-Denis et tente de rendre compte de la mobilisation collective autour de ces instruments.

Cette mobilisation collective s'inscrit dans l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis, c'est-à-dire au sein d'un paysage global où co-existent de nombreuses organisations dont certaines forment des systèmes d'organisations plus intégrés. Au sein de ces systèmes plus intégrés, des acteurs interagissent, échangent, coopèrent autour de prises en charge de patients ou de projets visant à mettre en place de nouveaux équipements ou de nouveaux dispositifs de prévention, de soins ou d'accompagnement.

Il existe ainsi des mobilisations locales, alimentées par des acteurs centraux, pouvant être constitués en réseaux, tandis que d'autres acteurs, plus périphériques, contribuent moins à cette dynamique.

Dans cette perspective, l'objet de mon travail de recherche est de comprendre jusqu'à quel point le projet territorial de santé mentale et le fond d'innovation organisationnelle contribuent ou pas à transformer ce système d'acteurs.

Dans ce travail, je cherche à répondre spécifiquement aux questions suivantes, relatives au fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie et au projet territorial de santé mentale :

- 1) Comment la mobilisation collective autour du projet territorial de santé mentale et du fond d'innovation organisationnelle contribue-t-elle à transformer l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis ? C'est à dire, jusqu'à quel point, d'une part, ces instruments s'insèrent dans des logiques de mobilisations locales préexistantes, permettant de faire travailler des réseaux existants voire de renforcer la position d'acteurs centraux ? D'autre part, comment cette mobilisation collective permet-elle, au contraire, de déplacer la ligne des mobilisations locales, en faisant émerger de nouveaux acteurs ?
- 2) Quels effets en termes d'accumulation de ressources financières, politiques, cognitives et organisationnelles l'utilisation de ces instruments produit-elle sur le territoire, permettant aux acteurs de faire avancer leurs projets ?
- 3) Quelle reconfiguration des rapports entre acteurs de la santé mentale du territoire l'utilisation de ces instruments opère-t-elle ?

Matériel et Méthodologie

Une enquête qualitative a été menée entre septembre 2020 et août 2021 et a mobilisé plusieurs méthodes de recueil de données. Après un travail bibliographique préalable, des entretiens semi-directifs et l'étude d'un corpus documentaire ont été réalisés afin d'étudier la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale ainsi que du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie en Seine-Saint-Denis.

La méthodologie retenue pour le recueil de données, leur analyse et la formalisation d'une théorie relève de la théorie ancrée ou *Grounded Theory* introduit initialement par Barney Glaser et Anselm Strauss (24), puis développée et enrichie par Barney Glaser, Anselm Strauss, Juliet Corbin et Leonard *Schatzman* dans plusieurs ouvrages successifs, individuels ou collectifs (25–28).

Il s'agit d'une démarche inductive visant à construire une théorie à partir des données, par opposition aux approches hypothético-déductives qui utilisent les données de l'expérience pour infirmer ou confirmer une hypothèse construite préalablement. La théorie ancrée ne vise pas à établir l'universalité de la théorie construite qui s'inscrit, nécessairement, dans le contexte du recueil des données, bien que sa portée puisse être généralisée.

La méthodologie de recherche qualitative était appropriée afin de mettre à jour le sens attribué, par les différents acteurs de la santé mentale, selon leurs positions respectives, à une réalité sociale : la mise en œuvre du PTSM et du FIO en Seine-Saint-Denis. La méthodologie qualitative permet en effet de rendre compte de manière fine d'une réalité sociale complexe.

La théorie ancrée mobilise trois opérations de recherche principales : recueil de données, codage, rédaction de mémentos. La relation entre ces trois opérations n'est pas linéaire et fait l'objet d'aller-retours. Après avoir explicité les éléments ayant fondé le choix de mon terrain de recherche, j'apporterai des précisions sur les données recueillies et sur leur analyse.

1 Choix du terrain

Afin d'examiner la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale et du fond d'innovation organisationnelle, j'ai retenu le département de la Seine-Saint-Denis comme terrain d'étude pour ma recherche. Je rendrai compte ici des deux étapes m'ayant conduit à choisir ce terrain : définition d'une échelle territoriale pertinente, choix de la Seine-Saint-Denis.

1.1 Choix de l'échelle départementale

Dans le domaine des politiques de santé, la notion de territoire¹⁵ est plurielle. De multiples territoires se superposent, s'imbriquent ou s'entrecroisent : territoires de santé ou de démocratie sanitaire issus du découpage des territoires d'action des agences régionales de santé, secteurs psychiatriques dont l'enjeu est la mise à disposition d'une offre de soins psychiatriques de proximité, territoires des collectivités territoriales, etc. Le territoire des PTSM vient

¹⁵ La territorialisation des politiques publiques met l'accent sur les spécificités de chaque territoire et passe par la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de développement qui permet d'adapter les politiques sectorielles aux enjeux, contraintes et opportunités locales et à leurs évolutions.

s'ajouter à cet ensemble. Son échelle doit lui permettre d'être à la fois « un territoire de coordination des acteurs » et « un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité ». Il doit également constituer « un territoire de projet et d'engagement des acteurs ». En Île-de-France comme dans les autres régions, le département est l'échelle retenue dans la majorité des cas par les acteurs de la santé mentale pour construire le PTSM.

Le choix du département comme échelle pertinente pour la planification de l'offre en psychiatrie s'inscrit dans la continuité des lois de 1838 et de la circulaire de 1960. La loi du 30 juin 1838, en effet, fait l'obligation aux départements de se doter d'un établissement psychiatrique visant à prendre en charge les « aliénés », marquant la naissance d'une politique de santé mentale territorialisée. La circulaire du 15 mars 1960, « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales », confirme le rôle du département dans l'organisation territoriale des soins - il constitue, dans les termes de la circulaire, un secteur tandis que les secteurs actuels sont des sous-secteurs.

Alors que la planification hospitalière s'effectue à partir de 1991, à l'échelle de la région, avec l'introduction du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, le rattachement des hôpitaux psychiatriques aux conseils généraux¹⁶ ne prendra fin qu'en 2009, avec la suppression par la loi HPST, du rattachement des établissements publics de santé aux collectivités territoriales.

¹⁶ Les hôpitaux généraux sont eux rattachés, dans la plupart des cas, à une commune.

Le choix de l'échelle du département comme objet d'étude pour ma recherche correspond ainsi à la fois au découpage réalisé par l'Agence Régionale de Santé de la région en huit territoires de santé correspondant aux départements¹⁷, et à l'échelle retenue par les acteurs de la santé mentale pour définir leur PTSM.

1.2 Choix de la Seine-Saint-Denis

Le choix du département de la Seine-Saint-Denis comme objet d'étude relève, quant à lui, à la fois d'un intérêt personnel pour un département en situation de vulnérabilité socio-économique et d'un choix pragmatique justifié par une plus grande facilité d'accès au terrain¹⁸.

Le département de la Seine-Saint-Denis est un département que l'on peut qualifier d'exceptionnel si l'on considère ses difficultés sociales et économiques. On rappellera brièvement ici quelques indicateurs socio-économiques globaux illustrant les difficultés du territoire avant d'évoquer plus spécifiquement les insuffisances de son offre de soins et d'accompagnement en santé mentale.

1.2.1 Difficultés socio-économiques, échec des politiques publiques

¹⁷ Cette correspondance permet, selon l'agence régionale de santé d'inscrire son action « en cohérence avec celle des collectivités et de la plupart des acteurs intervenant dans ses champs de compétence ». Elle indique également que le choix de la correspondance territoire de santé – département permet de donner une visibilité aux territoires de santé « dans une région où la géographie ne permet pas d'identifier de manière évidente des territoires infrarégionaux immédiatement reconnaissables par la population ».

¹⁸ Il s'agissait en effet de mon lieu de résidence et d'exercice pendant l'enquête.

Département densément peuplé (6 871,8 / km²) comptant 1 623 111 habitants¹⁹ en 2017, la Seine-Saint-Denis est un territoire dont les indicateurs socio-économiques et démographiques révèlent une fragilité comparée aux autres départements de la région et de France métropolitaine.

Répartie entre les 40 communes que compte le département, la population séquanodionysienne est jeune - la part des moins de vingt-cinq ans était en 2015 la plus élevée de France métropolitaine (36 % de la population contre 30 %) - et connaît un fort dynamisme démographique - entre 1999 et 2016, la population a augmenté de 16 % contre 10 % en France métropolitaine. En 2017, le département comptait le taux de pauvreté²⁰ le plus élevé de France métropolitaine (27,9 % contre 14,1 %), et le revenu médian annuel le plus faible de France métropolitaine avec 17 310€ par unité de consommation. Par ailleurs, en 2015 la Seine-Saint-Denis comptait 30 % d'immigrés au sein de sa population, soit le 1^{er} rang en France métropolitaine. Le département comptait également le taux de ménages locataires du parc social le plus élevé du pays (32 %) et une faible part de propriétaires (39,9 % contre 57,7 % en moyenne nationale en 2015).

Au-delà des indicateurs, un rapport d'information parlementaire soulignait en 2018, les difficultés rencontrées par la Seine-Saint-Denis dans plusieurs domaines (sécurité, éducation, justice, santé) et l'échec de la mise en œuvre des politiques publiques prioritaires visant à rééquilibrer ces difficultés (29).

Si ce panorama peut sembler familier - les difficultés du département ayant déjà été décrites à de maintes reprises -, et les informations précédentes, assez générales, il m'a néanmoins

¹⁹Données INSEE - recensement population 2017

²⁰Proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, correspondant à 60 % du niveau de vie médian (1 026 € par mois en 2016).

paru important de les rappeler. En effet, d'une part, les difficultés socio-économiques de la Seine-Saint-Denis ne sont pas sans conséquences sur la santé mentale de ses habitants et sur l'organisation de la prise en charge des troubles mentaux. D'autre part, les difficultés chroniques du territoire et l'échec des pouvoirs publics à mettre en œuvre un rééquilibrage constituent la toile de fond sur laquelle évoluent les acteurs de la santé mentale du territoire. Elles habitent leurs représentations, leurs discours et structurent leur action. Ainsi, les difficultés du département constituaient souvent le point de départ du discours des acteurs rencontrés dans le cadre de mes entretiens. Le choix de travailler en Seine-Saint-Denis n'est pas anodin : on s'y « engage », on a « à cœur » d'aider un territoire sur lequel on porte un « regard politique ».

1.2.2 Offre de soins et d'accompagnement du territoire

Sur le plan de l'offre de soins, la Seine-Saint-Denis compte un établissement principal²¹, spécialisé en psychiatrie : l'établissement public de santé Ville-Evrard à Neuilly-sur-Seine. Le centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois et le centre hospitalier de Saint-Denis complètent l'offre avec respectivement trois secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Le groupe hospitalier « hôpitaux universitaires Paris Seine Saint-Denis », dépendant de l'AP-HP propose une offre en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie et addictologie non sectorisée. Enfin, l'offre privée regroupe deux cliniques à but lucratif et trois hôpitaux de jour.

²¹ Ville-Evrard a en charge 18 des 21 secteurs de psychiatrie adulte et 3 des 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département.

Les capacités de l'offre sanitaire en santé mentale de la Seine-Saint-Denis sont inférieures aux moyennes nationales et régionales. Ainsi, en 2018, la densité des psychiatres²² était de 21,1 (pour 100 000 habitants) en Seine-Saint-Denis contre 23,0 pour la France et 36,4 pour la région Île-de-France. La démographie des psychiatres installés en libéral ou exercice mixte était également plus faible que la moyenne française (4,4 pour 100 000 habitants) contre 9,6 pour la France et 17,0 pour la région Île-de-France. En 2018, le département comptait 706 lits d'hospitalisation temps plein²³ (offre publique et privée), soit un taux d'équipement de 0,6 pour 1000 - inférieur aux niveaux régional et national (respectivement 0,8 pour 1000 et 1,0 pour 1000). En pédopsychiatrie, on comptait 276 lits et places, soit un taux d'équipement de 0,7 pour 1000 – également inférieur aux taux régional et national (respectivement 1,0 pour 1000 et 0,9 pour 1000).

L'offre en lits et places d'hospitalisation complète et partielle est ainsi inférieure aux niveaux observés en Île-de-France et en France. Par ailleurs, cette offre repose particulièrement sur les hôpitaux publics. Les acteurs du département, dans le diagnostic territorial de santé mentale, font état de « tensions capacitaires » entraînant des difficultés pour trouver des lits pour les patients arrivant aux urgences psychiatriques avec, pour conséquence des « séjours inadéquats aux urgences souvent sous contention ».

Sur le plan de l'offre d'accompagnement, le taux d'équipement²⁴ en établissements d'hébergement pour adultes handicapés en Seine-Saint-Denis est inférieur à la moyenne régionale et à la moyenne nationale (0,7 places pour 1000 habitants en foyer de vie contre 1,6 pour 1000

²² Données DREES, disponible ici : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

²³ Source : SAE ; Insee-RP 2016 - Exploitation Fnors ; Disponible ici : <https://www.scoresante.org/index.html>

²⁴ Source : SAE ; Insee-RP 2016 - Exploitation Fnors ; Disponible ici : <https://www.scoresante.org/index.html>

au niveau national ; 2,4 places en ESAT contre 3,6). Dans le diagnostic territorial de santé mentale, les acteurs qualifient l'offre d'accompagnement social et médico-social comme étant « actuellement saturée ».

L'institutionnalisation d'adultes et enfants français dans des structures médico-sociales conventionnées en Belgique reflète la pénurie de place dans les structures françaises. En 2017, 459 adultes handicapés originaires du département de la Seine-Saint-Denis étaient accueillis dans des structures médico-sociales belges, plaçant la Seine-Saint-Denis au second rang des départements d'origine des adultes accueillis en Belgique, après le Nord et devant Paris. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de Seine-Saint-Denis, interrogée dans le cadre d'un groupe de travail « Prévention des départs non souhaités en Belgique » de la Conférence Nationale du Handicap, rapporte qu'elle prononce trois fois plus d'orientations que de places disponibles dans le département et décomptait alors environ 400 enfants et 1000 adultes sans solution.

2 Recueil de données

Après avoir présenté le terrain sur lequel j'effectue ma recherche dans la section précédente, je décris les différentes méthodes de recueil utilisées : entretiens semi-directifs et étude de corpus documentaire.

2.1 Entretiens semi-directifs

Entre janvier et avril 2021, quatorze entretiens semi-directifs ont été menés avec des acteurs ayant pris part à l'élaboration du projet territorial de santé mentale ou ayant pris part aux

réponses à l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie en Seine-Saint-Denis. Douze entretiens étaient individuels, deux entretiens ont impliqué deux enquêtés.

La liste anonymisée des enquêtés figure en annexe (Annexe I). La durée moyenne des entretiens réalisés est d'une heure et dix-sept minutes (avec une durée minimale de quarante-neuf minutes et une durée maximale d'une heure et cinquante-sept minutes).

Les enquêtés ont été identifiés du fait de leur position centrale dans le processus d'élaboration du PTSM²⁵ (pilotes des groupes de travail diagnostic, membres du COPIL) ou de leur position centrale dans le département. Certains ont pu m'être recommandés par les précédent enquêtés.

Le choix des enquêtés a été déterminé par échantillonnage théorique : réalisé au fur et à mesure du recueil des données, il a été guidé par la question de recherche, par les données déjà recueillies et par la théorie en cours de formation. Ainsi, après avoir interrogé les personnes incontournables du processus d'élaboration du PTSM, j'ai veillé à équilibrer les différentes positions de mes enquêtés (acteurs du social, du médico-social, représentants des collectivités territoriales, élus). J'ai également fait le choix de réaliser un entretien avec une personne ayant une position centrale en matière de santé dans le département mais n'ayant pas participé à la démarche.

L'arrêt des entretiens a été décidé lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire au moment où, les données recueillies n'apportaient pas de nouvelle information (aucun

²⁵ Les noms des principaux contributeurs sont indiqués dans l'avant-propos du PTSM de Seine-Saint-Denis.

nouveau codage n'émerge de l'analyse des entretiens, les catégories formées comportent l'ensemble des éléments et ne sont pas enrichies par de nouvelles données).

Les prises de contact ont été réalisées par courriel ou par téléphone.

Afin de mener ces entretiens, une grille d'entretien a été construite et figure en annexe (Annexe II). Elle a d'abord été testée, puis adaptée à la spécificité de chaque enquête. La grille d'entretien comportait des questions pour les acteurs sur leur implication dans des collaborations préexistantes sur le territoire, sur leur engagement dans la démarche et sur la constitution du collectif, sur le déroulement des différentes étapes, sur la teneur des réunions, sur la place des différents acteurs dans la démarche, sur les rapports entre les acteurs au cours de la démarche (avec l'ARS notamment) et sur les effets que la démarche a eus.

La grille prévoyait également des questions spécifiques pour les acteurs ayant pris part à la construction d'une réponse à l'appel à projet fond d'innovation organisationnelle. Elles portaient notamment sur la genèse et la construction du projet, sur leurs rapports avec des partenaires extérieurs, et notamment avec les représentants de l'ARS.

Du fait de la crise sanitaire, une partie des entretiens (5 entretiens sur 14) a été réalisée à distance (par téléphone ou par visioconférence). Bien qu'ils m'aient permis de recueillir des données importantes, les entretiens réalisés à distance m'ont semblé plus difficiles à mener que les entretiens en présentiel. En effet, la visioconférence et le téléphone ne permettent qu'un accès limité au langage non verbal – il est ainsi plus difficile d'interrompre son interlocuteur et de le relancer lorsqu'il s'éloigne du sujet.

L'ensemble des entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale (y compris les éléments non verbaux tels que les silences, les rires, la tonalité, au moyen de didascalies).

2.2 Etude de corpus documentaire

Une analyse de contenu d'un corpus documentaire mobilisant plusieurs sources a été menée en parallèle des entretiens semi-directifs. Des traces écrites permettant de documenter le processus d'élaboration du PTSM ont été collectées (compte-rendu de réunions, synthèse de groupes de travail, présentations, diagnostic territorial, PTSM) auprès des acteurs ou en ligne.

Les dossiers des réponses transmises par les acteurs à l'ARS Ile-de-France lors de la première édition de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie m'ont été transmis par la direction générale de l'offre de soin. En 2019, l'ARS Ile-de-France a reçu soixante projets dont cinq sur le territoire de la Seine-Saint-Denis. A l'issue de la sélection, le jury national a retenu²⁶ un projet en Seine-Saint-Denis : le projet de la Trame.

Les projets peuvent ainsi consister en la mise en place d'un dispositif, d'un équipement, d'une structure ou bien en la constitution d'un réseau local faisant intervenir différents types d'acteurs (hôpitaux publics, acteurs privés, associations, etc.). Un résumé synthétique des

²⁶ Les projets retenus pour un financement ont été annoncés par la ministre de la santé, le 6 décembre 2019, à l'occasion du Congrès Français de Psychiatrie (42 projets retenus sur 327 dossiers transmis pour l'ensemble des régions).

projets soumis en Seine-Saint-Denis dans le cadre de l'édition 2019 de l'appel à projet pour le fond d'innovation organisationnelle figure en annexe (Annexe III).

Parmi les autres sources mobilisées, on compte plusieurs rapports publics, des guides méthodologiques élaborés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ou par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des textes législatifs (articles de loi, décrets, circulaires, instructions), des articles de presse, des documents produits et publiés par l'Agence régionale de santé ou par le Conseil départemental, des articles ou présentations élaborés par certains acteurs du territoire afin de valoriser leur travail ou présenter des dispositifs, le dernier rapport d'activités d'associations œuvrant dans le champ du logement ou de la représentation des usagers et de leurs familles.

3 Analyse des données

Dans le cadre de la théorie ancrée, l'analyse des données a débuté parallèlement au recueil de données, les premières analyses permettant de guider l'échantillonnage théorique et la suite du recueil de données.

Le contenu des entretiens et de certains documents du corpus a été analysé manuellement au moyen d'une opération de codage. Le codage initial consiste à attribuer une catégorie à une partie significative du discours d'un enquêté (ou d'un document).

La répétition de l'opération et la comparaison des catégories produites a permis leur regroupement au sein des thèmes suivants :

- Genèse et description de la démarche
- Construction d'un collectif et engagement des acteurs
- Construction du diagnostic territorial

- Sélection des fiches action et construction du document final
- Rapports entre les acteurs et la puissance publique
- Effets du PTSM
- Déploiement du fond d'innovation organisationnelle

La comparaison de l'ensemble des éléments codés pour une catégorie donnée permet d'en établir les propriétés qui font l'objet de notes théoriques (ou mémentos). L'analyse permet également d'établir des liens entre les différentes catégories et thèmes.

Outre la théorie ancrée, la méthode d'analyse de discours développée par la sociologie des sciences (30,31) a été mobilisée dans le cadre de la lecture des réponses de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle. En effet, les projets soumis aux ARS dans le cadre de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle obéissent à des règles d'écriture codifiées. Visant à convaincre les lecteurs de leur bien-fondé, de leur sérieux, les auteurs mobilisent pour cela des éléments présents dans les articles scientifiques (écriture d'un rationnel, mobilisation de références scientifiques, jeux d'inscriptions, mise en scène d'un collectif, etc.). Ces différents éléments ont fait l'objet d'un examen attentif.

Résultats

Après avoir précisé les enjeux et la méthodologie de ma recherche, dans les sections suivantes j'en présente les principaux résultats.

Je décrirai successivement le contexte et la mise en œuvre des instruments, la construction du système d'acteurs ayant participé à l'élaboration du PTSM, les différentes phases du projet ainsi que les effets de la démarche. J'aborderai ensuite la mise en œuvre du FIO et le mode de construction d'une réponse dans le contexte d'une montée en puissance des appels à projet. Enfin, je terminerai en évoquant le point de vue des acteurs sur les instruments.

1 De la mobilisation contre un projet de GHT à l'élaboration du PTSM

Dans ce premier chapitre, je décrirai, dans un premier temps, le contexte de la mise en œuvre du PTSM et de la réponse à l'appel à projet fond d'innovation organisationnelle. En effet, le contexte dans lequel les instruments sont introduits en Seine-Saint-Denis est très spécifique. La psychiatrie du département s'est mobilisée contre l'obligation de créer un GHT. Elle a obtenu de déroger en créant une CPT préfiguratrice. La CPT servira de cadre à l'élaboration du PTSM.

Dans un second temps, je décrirai le déroulement de l'élaboration du PTSM et de la réponse à l'appel à projet fond d'innovation organisationnelle.

1.1 Groupement hospitalier de territoire, de la mobilisation à l'obtention d'une dérogation

La Loi de Modernisation de notre Système de Santé le 26 janvier 2016 introduit une disposition rendant obligatoire pour l'ensemble des établissements publics de santé de se constituer en Groupement Hospitalier de Territoire avant le 1^{er} juillet 2016.

Le Groupement Hospitalier de Territoire consiste en un mode de coopération entre établissements hospitaliers, qui s'associent par le biais d'une convention et de la rédaction d'un projet médical partagé. Outre les établissements publics de santé, dont la participation au GHT est obligatoire, celui-ci peut également inclure des ESMS publics (de manière facultative) ou associer des structures de soins privés (qui ont un statut d'établissement partenaire ou associé).

Le GHT vise à organiser une complémentarité entre l'offre proposée par chacun des établissements publics de santé du territoire. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région.

La réforme prévoit une mutualisation et une uniformisation des fonctions support (système d'information hospitalier, achats, DIM). Par ailleurs, les établissements faisant partie d'un même GHT sont soumis à une procédure de certification conjointe.

L'objet de cette réforme était de « permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». Au-delà de cette intention, l'article de loi précise également que la réforme poursuivait un objectif de « rationalisation des modes de gestion ».

Dans de nombreux établissements publics de santé mentale, cette obligation a été perçue comme une menace, synonyme de restriction budgétaire et de dilution de la spécificité et de l'intérêt de la psychiatrie au sein de groupements comportant à la fois des activités de MCO et de psychiatrie.

Les professionnels de la psychiatrie reprochent notamment au texte de n'avoir pas su prendre en compte les spécificités de leur discipline.

En Seine-Saint-Denis, l'ARS avait prévu que Ville-Evrard devienne établissement support d'un GHT comprenant également les hôpitaux généraux Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, André Grégoire à Montreuil et l'hôpital du Raincy-Montfermeil. En réaction au projet, un important mouvement de mobilisation est organisé à Ville-Evrard pendant le premier semestre 2016. Porté par les syndicats hospitaliers Union syndicale Solidaires (SUD) et Confédération générale du travail (CGT), il rassemble de manière assez large le personnel médical et soignant. Pour les opposants au projet de constitution du GHT, la réforme s'inscrit dans un long processus de dégradation continue des conditions de travail des soignants en psychiatrie, qu'elle va encore aggraver.

Faisant appel à un répertoire d'actions variées (rassemblements devant l'ARS, devant le Ministère de la santé, pétition) la mobilisation obtient un écho dans la presse régionale. Soutenue par des élus locaux et les principaux membres de la Commission Médicale d'Établissement, elle aboutit en juillet 2016, suite à des négociations avec les représentants de l'ARS, à l'obtention d'une dérogation pour Ville-Evrard²⁷ à l'obligation de se constituer en

²⁷ Les hôpitaux Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, André Grégoire à Montreuil et l'hôpital du Raincy-Montfermeil font désormais partie du GHT Grand-Paris Nord-Est.

GHT. Soulignons que Ville-Evrard n'est pas le seul hôpital psychiatrique à s'opposer à l'obligation de faire partie d'un GHT : en France, douze autres EPSM ont obtenu une telle dérogation. En revanche, Ville-Evrard est le seul établissement pour lequel cette dérogation n'est pas assortie à une durée (la plupart des autres établissements se sont vu accordés une dérogation pour une durée de cinq ans).

Au cours de la négociation avec l'ARS et le ministère de la santé, l'un des arguments mis en avant par Ville-Evrard a été sa capacité à porter une dynamique de collaboration territoriale avec les autres acteurs de la santé mentale du territoire, au-delà des seuls acteurs du sanitaire²⁸, mettant en avant l'existence de collaborations anciennes avec ces derniers. Ainsi, en contrepartie à la dérogation à se constituer en GHT, l'ARS a posé comme condition l'installation par Ville-Evrard d'une Communauté Psychiatrique de Territoire, en vue, par la suite d'élaborer et porter le projet territorial de santé mentale.

Parallèlement au mouvement social, les travaux d'élaboration du projet d'établissement de Ville-Evrard pour la période 2018-2022 ont été initiés en février 2016 et se sont inscrits dans le contexte de mobilisation et de négociations contre le GHT. Ainsi, le président de CME de l'hôpital Ville-Evrard écrit en avant-propos du projet médical :

« La rédaction de ce projet débute en février 2016, en pleine négociation pour l'obtention du droit de notre établissement à la dérogation à faire partie d'un Groupement Hospitalier de Territoire. Si nous avons obtenu cette dérogation, nous souhaitons surtout son maintien. Aussi, c'est sur la base des promesses de ce projet médical, et simultanément à son élaboration, que nous avons mis en place avec nos collègues

²⁸ Les établissements publics de santé sont les seuls membres obligatoires des GHT.

de la psychiatrie de Seine-Saint-Denis le collège médical préfiguratif de la future communauté psychiatrique de territoire (CPT93) en avril 2017. C'est désormais à la finalisation de cette entité, ainsi qu'à la construction du Projet Territorial de Santé Mental, conjointement au Conseil Territorial de Santé du 93, que nous travaillons. »

Le projet médical de Ville-Evrard, a été pensé et construit comme un argument justifiant l'obtention de la dérogation de l'établissement à l'obligation de faire partie du GHT. Il vise à faire la démonstration de sa capacité à porter une dynamique de territoire. Ainsi, un certain nombre de psychiatres exerçant dans d'autres établissements du département ont été invités à participer aux groupes de travail du projet d'établissement et une journée de restitution publique est organisée en mai 2018.

Dans les éléments de contexte du projet médical, on peut également lire :

« La communauté de l'EPS Ville Evrard, en faisant valoir ses atouts et son droit à la dérogation, s'est vue reprocher une position défensive et conservatrice face à la réforme de santé. Au contraire, c'est en s'emparant de la question d'un projet médical psychiatrie et santé mentale et en s'attelant à sa rédaction depuis début 2016, que la communauté médicale de Ville Evrard a montré sa capacité à proposer une alternative constructive et réformatrice. Ce projet est l'atout de notre dérogation à faire partie d'un GHT, et l'outil pour la construction d'un projet de psychiatrie et de santé mentale pour Ville-Evrard et ses partenaires de la future Communauté Psychiatrique de Territoire du 93. »

Ville-Evrard affirme un peu plus son leadership : son projet médical est décrit comme l'outil posant non seulement les bases de la construction du projet de l'établissement mais également celles d'un projet territorial porté par la future CPT.

Il est intéressant de noter que Ville-Evrard a retourné la situation à son avantage en réussissant à la fois à éviter le GHT et à affirmer son rôle d'acteur central de la psychiatrie dans le département. Les secteurs de l'hôpital Ville-Evrard couvrent en effet près de 80 % du territoire. Pourtant, alors même que l'on cherche à conduire un tournant ambulatoire et à élargir la planification de la santé mentale au-delà du sanitaire, il n'est pas anodin que ce soit l'hôpital qui prenne le leadership du mouvement. Il serait intéressant d'analyser la trajectoire des PTSM dans d'autres départements et de se demander, notamment, si là aussi l'hôpital s'est imposé comme leader de leur élaboration.

1.2 Installation d'une Communauté Psychiatrique de Territoire préfiguratrice

A la suite de l'obtention d'une dérogation à faire partie d'un GHT et parallèlement à l'élaboration de son projet d'établissement, Ville-Evrard a mis en place une Communauté Psychiatrique de Territoire.

La CPT est créée par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé, le 26 janvier 2016. Ses modalités de mise en œuvre et son objet sont précisés dans le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016.

Le dispositif, facultatif, associe, par le biais d'une convention, les *établissements du service public hospitalier (SPH) autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé*

mentale et volontaires pour la constituer. L'existence de la CPT est ainsi liée à la signature du contrat territorial de santé mentale.

Les enjeux de la CPT sont d'associer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent afin d'améliorer les prises en charge et les accompagnements, de participer à la définition du PTSM ainsi que de concourir à sa mise en œuvre. A terme, elle doit *s'assurer de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun de ses membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale.*

La CPT peut également représenter ses membres auprès de l'ARS, concernant son champ de compétence.

Afin d'installer la CPT, l'hôpital Ville-Evrard, à l'initiative de sa directrice, recrute un médecin de santé publique comme chargée de mission. Les deux femmes se connaissent : elles se sont rencontrées alors qu'elles travaillaient au siège de l'APHP. Au vu de l'importance majeure qu'a eu ce médecin de santé publique dans la mise en place de la CPT, dans l'élaboration du PTSM et plus largement dans la facilitation d'un certain nombre de projets qui seront développés dans le département entre 2017 et 2020, il me semble important de présenter brièvement son parcours.

Spécialisée et ayant exercé comme médecin anesthésiste-réanimateur, elle s'est réorientée vers la santé publique dans les années 2000²⁹. Elle exerce alors au sein de l'établissement français des greffes puis au siège de l'APHP. En 2017, lorsqu'elle est recrutée par Ville-Evrard afin d'accompagner la direction dans la mise en place de la CPT, elle n'a encore jamais travaillé sur des questions portant sur la psychiatrie et la santé mentale. Elle dispose néanmoins d'une

²⁹ La coordinatrice du PTSM a environ 65 ans au moment de l'enquête, elle s'apprête à prendre sa retraite.

double expérience, à la fois clinique et administrative, la positionnant à l'interface de ces deux univers.

Rattachée à l'hôpital Ville-Evrard, le médecin de santé publique, chargée de mission a pour tâche d'assurer la coordination de la CPT puis, dans un second temps, du PTSM.

Emmenée par sa coordinatrice, la CPT de Seine-Saint-Denis est mise en place à partir d'avril 2017 et est validée par une convention constitutive signée en janvier 2018. Elle regroupe les hôpitaux publics de Seine-Saint-Denis ayant une activité en psychiatrie : Ville-Evrard, le CH De-lafontaine, le CH Robert Ballanger et l'hôpital Avicenne. Elle se compose de plusieurs instances : un collège médical, dont le rôle, central, est d'élaborer des projets ; un comité opérationnel, chargé de valider et mettre en œuvre les projets et comprenant les Président de CME et DG des établissements membres ; une commission des professionnels hospitaliers regroupant paramédicaux, psychologues et travailleurs sociaux ; ainsi qu'une assemblée des partenaires, pouvant être consultée et participer aux projets. Cette-dernière ne semble néanmoins pas avoir été réunie, les acteurs interrogés au cours des entretiens ne faisant mention d'aucune réunion de cette instance et ignorant, pour la plupart, son existence. L'organisation de la CPT ressemble au modèle de gouvernance de l'hôpital : le collège médical joue un rôle équivalent à la Commission Médicale d'Etablissement tandis que le comité opérationnel reprend celui du conseil de surveillance et du directoire.

La présidence du collège médical est assurée par un pédopsychiatre, chef de service et vice-président de la commission médicale d'établissement (CME) de Ville-Evrard³⁰. La directrice de Ville-Evrard assure la vice-présidence du comité opérationnel, présidé par Yolande Di Natale, directrice de l'hôpital Robert Ballanger.

³⁰ Il est vice-président de la CME au moment de l'installation de la CPT.

Le collège médical se compose de psychiatres issus des hôpitaux publics du territoire (Ville-Evrard, le CH Delafontaine, le CH Robert Ballanger et l'hôpital Avicenne). L'hôpital Ville-Evrard y dispose de la majorité à une voix. Les acteurs ayant participé à la réflexion sur la gouvernance de la CPT rapportent avoir souhaité établir un équilibre dans la représentation des acteurs du territoire. Ils ont notamment veillé à laisser à Ville-Evrard une place à la mesure de celle qu'il occupe dans le département (les secteurs de l'hôpital couvrent 80% du territoire), sans donner à l'établissement une majorité trop importante.

Le collège médical, qui se veut une « instance de rencontre, de collaboration et de concertation » entre les psychiatres et médecins exerçant dans les hôpitaux publics, se compose de plusieurs commissions : « Urgences et Proximité », « Pédopsychiatrie », « Holistique et complexité », « Appui recherche, évaluation et épidémiologie ». Il s'appuie sur un projet médical, largement inspiré du projet médical d'établissement de Ville-Evrard, auquel des psychiatres d'autres établissements ont pris part.

La commission recherche vise à mettre en place un Dispositif territorial de recherche et de formation (DTRF). La commission pédopsychiatrie est constituée des membres du groupe Pédopsy93 dont le rattachement à la CPT n'a pas transformé le fonctionnement. La commission Urgences a installé une fédération des urgences psychiatriques.

La CPT de Seine-Saint-Denis est la première à avoir été mise en place en Île-de-France, et la plus aboutie, selon la Directrice de projet Santé Mentale au sein de la Direction de l'Offre de Soins de l'ARS. Elle fera ainsi l'objet d'un retour d'expérience lors d'une présentation par la coordinatrice du PTSM et la directrice de l'hôpital Ville-Evrard lors d'une journée PTSM en Île-de-France en juin 2017.

Pourtant, plusieurs acteurs interrogés dans le cadre des entretiens rapportent que la CPT est tombée en désuétude depuis son installation. Ainsi, le président du collège médical rapportait en janvier 2021 qu'après avoir annoncé sa démission à la fin du mois de décembre 2020, suite à sa nomination comme président de CME de l'hôpital de Ville-Evrard³¹, aucun autre membre ne s'était encore proposé pour lui succéder.

A l'exception des acteurs sanitaires, les acteurs interrogés dans le cadre de mes entretiens rapportaient ne pas avoir connaissance de l'existence de la CPT ou bien ne pas avoir connaissance des sujets sur lesquels elle travaillait ou de son fonctionnement. La CPT apparaît ainsi, aux yeux des acteurs du territoire, comme une instance opaque.

1.3 Elaboration du projet territorial de santé mental de Seine-Saint-Denis

Cette section vise à présenter le déroulé de la démarche d'élaboration du PTSM en Seine-Saint-Denis. Une chronologie des différentes étapes peut être consultée en annexe (Annexe IV).

1.3.1 Initiative – Travaux préparatoires

Le PTSM93 a été élaboré en deux étapes : construction d'un diagnostic territorial partagé, puis établissement d'une feuille de route pour chaque thématique priorisée. Son élaboration

³¹ Le règlement de la CPT prévoit que le président de la CME d'un établissement ne peut pas être président du collège médical de la CPT.

s'étend de janvier 2019 à septembre 2020 et fait suite à l'installation de la Communauté Psychiatrique de Territoire en avril 2017.

L'initiative de la démarche d'élaboration du PTSM93 a été prise par la directrice générale de l'EPS Ville-Evrard, qui était présidente de la Commission Spécialisées en Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé du département.

Instance de démocratie sanitaire, le Conseil Territorial de Santé du département est introduit par la loi de santé de janvier 2016, en remplacement de la conférence régionale de santé. Lors de la seconde réunion plénière du Conseil Territorial de Santé de Seine-Saint-Denis, le 26 avril 2017, une Commission Spécialisée en Santé mentale est formée et la directrice générale de Ville-Evrard en est élue présidente. A partir de cette date, la CSSM se réunit tous les deux mois environ. Elle compte pour membres un ou plusieurs représentants de l'hôpital Ville-Evrard, du CH de Saint-Denis, du CH d'Aulnay-sous-Bois, de l'Académie de Créteil, de la direction territoriale de l'ARS, d'Interlogement, du CLSM de Saint-Denis, de l'UNAFAM, de l'URIOPSS, du Conseil Départemental, et de réseaux santé (RESIF, Equipage MAIA93, AC Santé).

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du Projet Régional de Santé pour la période 2018-2022, le CTS et la CSSM sont consultés par l'ARS. Afin de produire un avis concerté dans le cadre de cette consultation, les membres de la CSSM rédigent un premier document qui comporte un état des lieux et l'identification de priorités d'actions à mettre en œuvre pour améliorer les prises en charge en santé mentale dans le département. Ce document s'appuie sur un premier travail de collecte de données, initié au cours de l'année 2018 par le médecin de santé publique, coordinatrice de la CPT et future coordinatrice du PTSM.

L'hôpital Ville-Evrard, déjà installé à la tête d'une instance départementale via sa directrice générale, se trouvait dans une position favorable pour prendre le leadership sur la démarche d'élaboration du PTSM, qui ne viendra que confirmer la position centrale de l'établissement.

Un Comité de pilotage (COFIL) est mis en place en janvier 2019. Il est composé de cinq membres : la directrice de l'hôpital Ville-Evrard, la Vice-présidente au conseil départemental, chargée de l'autonomie des personnes âgées et handicapées, le délégué départemental UNAFAM, le président du collège médical de la CPT93, chef de service à Ville-Evrard et le directeur d'Interlogement 93. Le comité de pilotage se compose de membres appartenant déjà à la CSSM (directrice de l'hôpital Ville-Evrard, délégué départemental UNAFAM, président du collège médical de la CPT93) ou dont les institutions y sont représentées (Conseil départemental, Interlogement). En ce sens, le pilotage du PTSM est pris en charge par la CSSM. Le leadership de la démarche reprend et fige en partie les équilibres construits à partir de la création de la CSSM.

Les membres de la CSSM, du COFIL et la coordinatrice du PTSM ont défini quatre axes de travail qui seront développés au sein de quatre groupes pour la construction du diagnostic territorial (Enfance et périnatalité, Transitions, Recherche et formation, Inclusion). Ils ont ensuite choisi les pilotes des groupes, en charge de leur animation, puis ont identifié les acteurs de la santé mentale du territoire et les ont invités - 450 courriels d'invitation environ ont été envoyés selon la coordinatrice du PTSM - à une journée de lancement organisée le lundi 25 mars 2019 à la CPAM de Seine-Saint-Denis. Ce travail d'identification et d'invitation visait à représenter l'ensemble des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie locale dans le PTSM, ainsi qu'à élargir les réseaux, au-delà des premiers réseaux constitués.

Le programme de la journée de lancement figure en annexes (Annexe V). Après une prise de parole introductive par les cinq membres du comité de pilotage, en présence du directeur de la délégation départementale de Seine-Saint-Denis (DD93) de l'ARS, plusieurs interventions se sont succédées afin de présenter des projets « inspirants » du territoire et la méthodologie de travail retenue pour l'élaboration du diagnostic territorial partagé. Après la présentation des quatre groupes de travail, les acteurs de la santé mentale ont été invités à participer à l'un d'eux. Cent-vingt personnes environ étaient présentes lors de cette journée de lancement.

1.3.2 Première étape - constitution du diagnostic territorial partagé

Afin de constituer un diagnostic territorial partagé, quatre groupes de travail, pilotés par un binôme ou un trinôme, se sont réunis entre mars et juillet 2019 :

- « Enfance et périnatalité » piloté par une pédopsychiatre, cheffe de service de pédopsychiatrie au sein du GHT-GPNE et par un médecin, directrice adjointe Enfance Famille (DEF) et cheffe de service PMI au conseil départemental.
- « Transitions » piloté par la pilote du réseau MAIA Nord, un membre du bureau personnes handicapées du conseil départemental et un psychiatre du secteur G02 à Ville-Evrard
- « Recherche et formation » piloté par une Professeur de psychologie à l'université Paris 8, une Professeur de psychologie à l'université Paris 13 et une Professeure de psychiatrie à l'université Paris 13, cheffe de service à Ville-Evrard.
- « Inclusion » piloté par la coordinatrice du CLSM d'Epina-sur-Seine / Pierrefitte, une animatrice de la Trame et le coordonnateur du CLSM de Montreuil

Les groupes comptaient entre 30 et 60 inscrits et se sont réunis à trois reprises. Entre le tiers et la moitié des inscrits étaient présents à chaque réunion.

A titre d'exemple, le groupe « Enfance et périnatalité » comptait 33 membres. Parmi les membres, on comptait des représentants d'établissements sanitaires (Ville-Evrard, Jean Verdier, CH Saint-Denis ou Robert Ballanger), des représentants du Conseil départemental, de la MDPH, d'associations portant des structures médico-sociales (AVVEJ, IME Jean Macé, Vivre et devenir, les papillons blancs, ARPEI, IpSIS), des représentants de collectivités territoriales (Coordinatrice CLS / ASV de Tremblay-en-France et de Romainville, Directrice adjointe Solidarités et Chargée de mission Projet social de territoire de Clichy-sous-Bois), des représentants de la délégation territoriale de l'ARS, la vice-présidente du Tribunal de Grande Instance de Bobigny, des représentants de l'UNAFAM et d'Interlogement.

Pour chaque axe de travail, la première réunion visait à identifier les problèmes ou difficultés existants dans le champ concerné, la seconde à en identifier les causes et la troisième à proposer des pistes d'action et des solutions possibles.

A l'issue des douze réunions, la coordinatrice du PTSM a rédigé une synthèse pour chaque groupe, sur la base des échanges et des comptes-rendus de chaque réunion. La synthèse a été relue et approuvée par les pilotes de groupe.

La coordinatrice du PTSM a ensuite rédigé le diagnostic territorial partagé en s'appuyant sur le rapport descriptif du territoire réalisé à partir de 2018 pour la CSSM ainsi que sur les synthèses du travail participatif des quatre groupes de travail. En novembre 2019 le diagnostic territorial partagé est validé par le DGARS.

1.3.3 Seconde étape - Elaboration des feuilles de route

A l'issue des groupes de travail, la coordinatrice du PTSM indique avoir identifié au moins 61 feuilles de route différentes possibles parmi lesquelles douze³² ont été priorisées et sélectionnées. L'élaboration des feuilles de route a eu lieu de novembre 2019 à juillet 2020.

Pour chaque thématique, un groupe de taille restreinte (5 à 10 personnes maximum) a été composé et mis en place par l'équipe de coordination qui a identifié et choisi des personnalités motrices, les plus susceptibles de s'engager dans la démarche. A titre d'exemple, le groupe en charge de la feuille de route « Réhabilitation psychosociale » comptait neuf membres : la directrice générale d'une association d'insertion par l'emploi, *trois psychologues d'un secteur de l'hôpital Ville-Evrard, un professeur de psychiatrie, cheffe de service à l'hôpital Ville-Evrard, un Maître de conférence en psychologie à l'Université Paris 8, un psychiatre du secteur G09 de l'hôpital Ville-Evrard, un animateur de la Trame et une médiatrice santé pair au sein de l'association Bol d'Air.*

Au sein de chaque groupe, une première réunion a permis de définir les différents axes de la feuille de route et une seconde réunion, les différentes actions au sein de chaque axe. Les séances suivantes ont été consacrées à la répartition du travail, à la rédaction et à la relecture et à la validation collective.

³² 1. Adolescents et jeunes adultes ; 2. Rétablissement, inclusion et réhabilitation psychosociale ; 3. Hébergement et logement ; 4. Personnes âgées ; 5. Accès aux soins somatiques ; 6. Recherche ; 7. Formation ; 8. Santé mentale et prise en charge des enfants ; 9. Périnatalité ; 10. Prévention de la crise et organisation des urgences ; 11. Attractivité du territoire ; 12. Animation du territoire

Chaque action fait l'objet d'une fiche. Toutes les fiches action sont construites selon un même modèle présentant successivement pilotage, calendrier, enjeu, objectifs, public concerné, acteurs impliqués, territoire, indicateurs de résultat et moyens nécessaires.

Les membres des différents groupes ont ainsi rédigé plusieurs fiches actions et ont relu les fiches actions préparées par les autres membres.

Le PTSM comporte au total 169 fiches actions réparties au sein des 12 chapitres correspondant à chacune des feuilles de route. Chaque chapitre est introduit par les éléments du diagnostic territorial reprenant les enjeux et besoins en lien avec la thématique. Le document final compte 347 pages.

Le PTSM-93 a été présenté au Conseil territorial de santé en octobre 2020 et adressé au DGARS novembre 2020.

1.3.4 Aspects organisationnels de la démarche

La coordination des travaux visant à élaborer le PTSM a été portée par la coordinatrice du PTSM, médecin de santé publique, chargée de mission à Ville-Evrard, ainsi que par une autre chargée de mission recrutée par Ville-Evrard pour le PTSM, à l'aide d'un financement accordé³³ par l'Agence régionale de Santé. Un troisième chargé de mission, recruté par Ville-Evrard pendant six mois a également apporté son soutien en réalisant un audit des CMP infanto-juvéniles pour la CPT93 et en participant à la rédaction de la feuille de route santé mentale des jeunes.

³³ L'ARS a délégué 50 000€ dans un premier temps, puis 25 000€ supplémentaire, dans le contexte de la pandémie et d'un retard dans la finalisation du PTSM.

La coordination du PTSM a ainsi été très largement portée par le duo des chargées de mission qui ont organisé l'ensemble des réunions (fixer les dates, déterminer un lieu), animé les réunions, pris des notes, rédigé les compte-rendu de réunions, les synthèses des différents groupes de travail, le diagnostic territorial partagé et bon nombre de fiche action du PTSM-93. Elles ont également tenu les membres du COPIL, la directrice de Ville-Evrard et les représentants de l'ARS informés de l'avancement de la démarche.

Les réunions du PTSM ont eu lieu en matinée ou l'après-midi dans différents lieux du département : ARS, CPAM, EPS-VE, Université Paris-13, conseil départemental, hôpital Robert Ballanger, etc.

L'élaboration du PTSM93 s'est inspirée de la méthodologie de l'ANAP avec la mise en place d'un Comité de pilotage et le respect des différentes étapes (cadrage, diagnostic, élaboration de la feuille de route). Une journée d'échange entre les coordinateurs des PTSM a été organisée par l'ARS, sous l'égide du groupe régional santé mentale de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), au début de l'année 2020.

1.3.5 Impact de la crise sanitaire

La seconde phase de la démarche d'élaboration du PTSM93 a été marquée par la survenue de la crise sanitaire du coronavirus. Ainsi, pendant la première vague de l'épidémie, l'ensemble des réunions d'élaboration PTSM prévues de mars à avril 2020 ont été annulées.

La crise sanitaire a entraîné la nécessité d'adapter les modalités de travail. Ainsi, un grand nombre de réunions ont eu lieu en visioconférence à partir du début de la pandémie. Des

outils numériques de travail à distance ont également été utilisés (Espace collaboratif Google Drive, Réunions par visioconférence Zoom, boucles d'échange par courriel).

Outre la nécessité d'adapter les modalités de travail, la crise sanitaire a également modifié l'agenda des principaux acteurs du PTSM93. En effet, la crise sanitaire a particulièrement touché le département de la Seine-Saint-Denis. Ville-Evrard a ainsi accueilli une file active importante de patients atteints de la COVID-19 et les chargés de mission santé mentale de l'ARS ont été positionnés sur d'autres missions pendant les mois de mars et avril.

1.3.6 Articulation entre l'élaboration du PTSM et la première édition du fond d'innovation organisationnelle

Entre les deux phases de l'élaboration du PTSM, des acteurs du territoire ont construit et soumis des réponses pour la première édition de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle.

En effet, si le fond a été annoncé par la ministre le 24 janvier, à l'occasion du Congrès de l'encéphale, l'instruction visant à le mettre en œuvre a été publiée le 19 juillet seulement, et l'ARS Ile-de-France a publié l'appel à projet sur son site internet le 19 août. La période d'élaboration des réponses à l'appel à projet s'est donc étendue de mi-juillet³⁴ au 1^{er} octobre, date fixée par l'ARS pour lui faire parvenir les dossiers.

En 2019, cinq projets ont été soumis sur le territoire à l'issue du délai imparti. Il est à noter que 3 projets sur 5 sont proposés par des pédopsychiatres, et que 4 projets sur 5 sont portés ou co-portés par Ville-Evrard (le cinquième projet, la Trame, est porté par la mutuelle la

³⁴ Les acteurs ont pu avoir connaissance de l'instruction avant la diffusion de l'information sur le site internet de l'ARS Ile-de-France. Par ailleurs, l'information est parue plus précocement sur le site d'autres ARS.

Mayotte, mais la référente médicale du projet est psychiatre à Ville-Evrard). La proportion importante de projets portés par des acteurs de Ville-Evrard reflète la centralité de l'établissement dans le département. Par ailleurs, la proportion importante de projets portés par la pédopsychiatrie, si elle correspond à l'une des cinq priorités du décret sur le FIO, reflète également le dynamisme des pédopsychiatres du département, regroupés au sein du groupe pédopsy 93. L'information sur l'appel à projet a notamment pu être diffusée au sein de ce groupe.

Un résumé des différents projets figure en annexes (Annexe III). Un projet a été retenu pour un financement : le projet de la Trame, plateforme d'inclusion citoyenne.

Le PTSM et le fond d'innovation organisationnelle sont deux instruments différents et indépendants. L'élaboration des projets de la première édition du FIO a eu lieu entre les deux phases de travail du PTSM et leur construction n'a pas fait l'objet de discussions au sein des groupes de travail du PTSM. La soumission de projets dans le cadre de la première édition du FIO est le fait d'équipes indépendantes qui ne se sont pas concertées en amont.

Néanmoins, dans la liste des porteurs des différents projets soumis et de leurs partenaires, on retrouve de nombreux acteurs présents et ayant eu un rôle moteur lors de l'élaboration PTSM, reflétant la centralité de ces acteurs dans la psychiatrie du territoire. On retrouve ainsi parmi les porteurs de projets le président du collège médical de la CPT93, les animateurs de la Trame, la cheffe de service du secteur G02, ou encore un psychiatre du secteur G02, pilote d'un groupe de travail du PTSM.

Par ailleurs, la coordinatrice du PTSM, le coordonnateur du CLSM de Montreuil ou la coordinatrice du CLSM d'Epina-sur-Seine / Pierrefitte figurent parmi les partenaires identifiés dans le cadre de ces projets. Ainsi, si la construction des projets du FIO n'a pas été à l'ordre du jour

des réunions du PTSM, ces dernières ont pu être le lieu de rencontre et d'identification de partenaires pour ces projets.

Par ailleurs, à l'exception du projet visant à mettre en place un espace numérique de consultation pour adolescents, les quatre autres projets soumis dans le cadre de l'appel à projet fond d'innovation organisationnelle ont été inscrits dans le PTSM : la Trame, une expérimentation de classe en famille selon le modèle *family class room*, la plateforme jeunesse, ou encore la mise en place d'une filière de soins spécifiques pour les adolescents et jeunes adultes présentant un trouble psychotique débutant.

Soulignons qu'au moins un référent pour chacun de ces quatre projets a participé à la seconde phase d'élaboration du PTSM et figure dans la liste des rédacteurs et relecteurs, en préambule du PTSM. Ainsi, la participation de ces acteurs à la seconde phase de l'élaboration du PTSM leur a permis de faire connaître leur projet au sein des groupes de travail et de le faire inscrire dans le PTSM. Il est intéressant de noter que le porteur du cinquième projet, seul projet à ne pas avoir été inscrit dans le PTSM, n'a pas participé à la seconde phase de l'élaboration du PTSM.

Le cas du projet de la Trame est emblématique de l'articulation qui peut exister entre PTSM et FIO. Outre son inscription dans plusieurs fiches action du PTSM, l'implication de deux animateurs de la Trame dans l'élaboration du PTSM a permis au dispositif de la Trame d'être identifié et reconnu par les acteurs du département. Le projet a ainsi obtenu des lettres de soutien de plusieurs acteurs rencontrés au cours du PTSM (notamment de la directrice de Ville-Evrard et de la vice-présidente au conseil départemental, chargée de l'autonomie des

personnes âgées et handicapées). Plusieurs acteurs présents dans le cadre du PTSM rapportent également avoir relu le projet (le conseiller médical référent santé mentale à la DD93, la coordinatrice du PTSM ou encore la coordinatrice du CLSM Epinay-sur-Seine / Pierrefitte).

2 Les acteurs

Après avoir évoqué le contexte et le déroulement de la mise en œuvre du PTSM et du FIO, je présente dans la section suivante les acteurs ayant contribué à la démarche.

J'évoquerai d'abord les différents réseaux de coopération professionnels œuvrant dans le département. Dans un second temps, j'évoquerai les différentes étapes de la construction du collectif du PTSM, avant d'en présenter plus spécifiquement les acteurs les plus importants.

2.1 Seine-Saint-Denis, un territoire d'engagement et de collaborations

La Seine-Saint-Denis est un département où difficultés socio-économiques majeures des habitants se conjuguent à l'insuffisance de l'offre de soins et d'accompagnement en santé mentale. Il s'agit d'un constat ayant fait « l'unanimité » lors des réunions de diagnostic territorial et rapporté par l'ensemble des personnes interrogées au cours des entretiens.

Au cours des entretiens, plusieurs enquêtés ont rapporté qu'il existait une dimension militante forte chez les acteurs de la santé mentale de Seine-Saint-Denis. En effet, les professionnels qui exercent sur ce territoire sont motivés par des convictions politiques et sociales et un sens de la mission qui expliquent qu'ils s'engagent dans de nombreuses initiatives qui dépassent souvent le cadre de leur mandat où ils peuvent être amenés à défendre leurs positions de

manière franche. Les acteurs justifient leur engagement comme une réponse aux difficultés du département.

Conséquence de cet engagement qui pousse les acteurs à prendre des initiatives et à se saisir très rapidement des instruments proposés par l'Etat ou l'ARS, il existe, sur le territoire, de nombreuses associations, réseaux, ou dispositifs visant à organiser et favoriser les échanges et la coordination entre acteurs.

2.1.1 Des réseaux et dispositifs exemplaires sur le territoire

Sans viser l'exhaustivité, je présenterai dans cette section quelques organismes, dispositifs ou réseaux significatifs montés à l'initiative des acteurs de la santé mentale dans le département.

Le premier est le groupe Pédopsy93, un groupe d'échange et de réflexion créé par les chefs des services de pédopsychiatrie du département au début des années 2000. Se réunissant de manière mensuelle, le groupe, très actif, cité par la plupart de mes interlocuteurs au cours des entretiens, a été constitué à l'initiative des chefs de service de la pédopsychiatrie publique pour défendre leur travail auprès des pouvoirs publics. Le collectif est en effet à l'origine du *Livre blanc sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Seine-Saint-Denis*, qui réalise un état des lieux des difficultés rencontrées dans l'exercice de la pédopsychiatrie sur le territoire et émet des propositions pour y répondre (32). Le livre blanc a été remis à la DDASS, à l'ARH ainsi qu'à l'APHP. Le Groupe Pédopsy93 a également porté l'organisation d'Etats généraux de la pédopsychiatrie en Seine-Saint-Denis³⁵ le 6 décembre 2015, à Bobigny. A cette occasion, et

³⁵Une seconde édition des Etats Généraux de la pédopsychiatrie a été organisée en 2010, à Bobigny.

dans un contexte de forte visibilité médiatique faisant suite aux émeutes urbaines de l'automne 2015, les pédopsychiatres avaient dénoncé les moyens insuffisants de la psychiatrie dans le département et réclamé des moyens supplémentaires.

La Formation action sociale/santé mentale (FASSM) est une autre initiative fréquemment citée par les acteurs du territoire. Elle est mise en œuvre depuis 2006 par la Commission départementale santé mentale/action sociale. Installée en 2005 par la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS), cette commission réunit des acteurs de la santé mentale et du monde social et est aujourd'hui portée par la DD-93. La Formation action sociale/santé mentale est destinée aux intervenants sociaux exerçant en Seine-Saint-Denis et organise la rencontre et l'interconnaissance entre professionnels de la psychiatrie³⁶ et du secteur social. La formation a fait l'objet d'une évaluation d'impact qui montre une transformation des pratiques des professionnels ayant suivi la formation : meilleur repérage des usagers en situation de souffrance psychique, orientation vers les lieux de soins adaptés, amélioration du travail en partenariat avec les professionnels de la psychiatrie (33).

En 2001, la Seine-Saint-Denis a été choisie pour être territoire pilote de l'expérimentation des Ateliers Santé Ville (ASV) avant la généralisation du dispositif. Le département compte actuellement 24 ASV. Les coordinateurs ASV du département constituent un réseau appuyé par le centre de ressources politique de la ville du département, « Profession Banlieue », qui les accompagne à travers l'organisation de rencontres et de groupes de travail.

L'Atelier santé ville d'Aubervilliers, l'un des premiers installés, a innové en créant au début des années 2000 une Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD) (34). Il

³⁶La formation est organisée au sein de l'établissement public de santé de Ville-Évrard.

s'agit d'une réunion pluridisciplinaire, mensuelle, accueillant des professionnels du secteur social, du secteur sanitaire (professionnels du secteur psychiatrique et professionnels libéraux), des services municipaux afin d'échanger et prendre des décisions collectives autour de situations complexes. Grâce à un travail coordonné, la RESAD permet le déblocage de situations qu'un professionnel isolé ne pourrait pas résoudre. Elle permet également l'interconnaissance entre professionnels et le travail en réseau sur le territoire.

Le modèle de la RESAD a, depuis, essaimé puisque la Seine-Saint-Denis compte une RESAD dans plus de la moitié de ses communes fonctionnant souvent en articulation avec les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), qui sont au nombre de 14 dans le département.

Enfin, il existe en Seine-Saint-Denis un dispositif associatif innovant, la Trame, co-porté par les associations « Mutuelle La Mayotte » et « A plaine vie » sur le territoire de Plaine Commune. « Plateforme d'inclusion citoyenne, d'accompagnement individuel et de déstigmatisation des maladies psychiques », elle propose un accompagnement à des personnes souffrant de troubles psychiques isolées, en rupture de suivi ou non. L'équipe de la Trame assure une mission d'accueil, d'information et d'orientation, de gestion et de suivi d'une soixantaine de situations complexes. Sa création fait suite à une recherche-action « Entre la ville et nous », conduite par l'association « A Plaine Vie » et l'Unité Transversale de recherche psychogénèse et psychopathologie de l'Université Paris 13. Les objectifs de cette recherche étaient de cartographier les dispositifs d'accueil et d'accompagnement des personnes en souffrance psychique présents sur le territoire, de définir les besoins et participer à la réflexion autour de la création d'un nouveau dispositif d'accompagnement. Les acteurs de la Trame, très actifs sur le territoire, animent le réseau des Groupes d'Entraide Mutuelle du territoire. De par leur travail, ils jouent

un rôle de coordination des acteurs de la santé mentale, sur le territoire de Plaine commune (principalement Saint-Denis, Epinay-sur-Seine, Pierrefitte-sur-Seine et Stains).

Sur le territoire de Montreuil, une autre structure associative, « Bol d'air », assure des fonctions proches de la Trame : elle accompagne des personnes en souffrance psychique orientées par des professionnels du soin, du social ou des familles, dans le but de les accompagner vers l'autonomie.

2.1.2 Un tissu d'interconnaissance, de relations et de coopérations

Au-delà des dispositifs de coordination spécifiques présentés ci-dessus, et avant même l'introduction du PTSM, les acteurs de la santé mentale du territoire formaient déjà un tissu d'interconnaissance dense ayant l'habitude d'échanger sur les pratiques professionnelles ou sur des projets. Ainsi, au cours des entretiens, les acteurs interrogés décrivent un réseau de relations de travail assez large³⁷, bien au-delà de leur institution propre.

« En fait, c'est vraiment, pour le coup, le champ de la santé mentale en Seine-Saint-Denis, c'est quand même un gros réseau. Enfin, je ne suis pas sûr que ce soit spécifique à la Seine-Saint-Denis, c'est un peu partout, mais du coup tout le monde se connaît quand même. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

³⁷ Cette appréciation est à nuancer par le fait que les acteurs que j'ai interrogés sont des acteurs occupant une position de centralité sur le territoire, leur ayant permis de s'insérer dans l'élaboration du PTSM et m'ayant permis de les identifier.

Les acteurs se connaissent, collaborent et se rencontrent à l'occasion de réunions de synthèses cliniques ou de réunions portant sur des projets (par exemple, les réunions hebdomadaires de la CDAPH organisées par la MDPH, les réunions des différents CLSM, la CTU organisée par Interlogement93, les conseils de surveillance de Ville-Evrard, etc.), en marges desquelles, ils peuvent échanger des informations portant sur de nombreux sujets. Le PTSM, pendant la période de son élaboration, a été l'un des sujets récurrents évoqués en marge de ces réunions. Ainsi, le territoire est déjà le site de nombreuses habitudes de travailler en commun.

« La moitié de notre travail, c'est d'accompagner des personnes et l'autre moitié, c'est de faire du réseau. L'idée c'est vraiment de se faire connaître le plus possible. Il n'y a pas une semaine où on ne rencontre pas une nouvelle structure. » (Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

Le « travail de réseau » est ainsi évoqué par plusieurs acteurs comme faisant partie intégrante de leur mission. On peut ainsi citer Interlogement93, association fédérant une quarantaine d'associations de lutte contre l'exclusion sociale et la précarité en Seine-Saint-Denis. L'association porte notamment le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)³⁸ et le déploiement, en collaboration avec le conseil départemental, du programme « Logement d'Abord ». Afin de développer ses liens avec le secteur sanitaire et la psychiatrie, Interlogement93 a fait le choix

³⁸ Plateforme de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile.

de recruter un chargé de mission santé. Ce dernier siégeait notamment à la CSSM, et a participé à l'élaboration du volet PRAPS du Projet Régional de Santé. Bien identifié des professionnels de la psychiatrie, ce chargé de mission a permis le développement de partenariats avec des établissements de santé (notamment avec certains CSAPA ou avec l'hôpital Delafontaine).

Le déploiement d'instruments d'action publique peut également favoriser la rencontre ou la coordination des professionnels du territoire. Ainsi, le chargé de mission santé d'Interlogement 93 a participé à l'élaboration du volet PRAPS du PRS avec une psychiatre d'une équipe mobile psychiatrique de Ville-Evrard qui participait en retour à la Commission Technique de l'Urgence (CTU), une instance partenariale mise en place par Interlogement 93 autour de situations complexes rencontrées par leurs services.

De même, l'élaboration du Schéma départemental Autonomie et Inclusion 2019-2024 a donné lieu en 2018 à une large consultation regroupant des acteurs de la santé mentale que l'on a retrouvé l'année suivante dans le cadre de l'élaboration du PTSM.

L'étude du corpus documentaire était cette vision d'un tissu d'acteurs pris dans un faisceau de relations, intégrés dans des réseaux formels et informels, qui se croisent régulièrement et échangent sur de nombreux sujets. Ainsi, l'UNAFAM 93 est représentée dans un très grand nombre d'instances du territoire : conseil de surveillance d'EPS-VE, CDAPH et commission exécutive de la MDPH, CA de l'UDAF, CA du CHRB, *Commission des usagers (CDU)* de la Maison de Santé d'Épinay, Conseil Territorial de Santé, COPIL urgences psy de l'ARS, CA de l'association d'insertion adaptée Iris messidor, etc.

Les entretiens et l'étude du corpus suggèrent par ailleurs qu'un petit nombre d'acteurs occupent une position de centralité. L'EPS-VE en particulier, principal offreur de soins en psychiatrie du département, occupe une place centrale. Lorsque l'on interroge les acteurs sur la capacité de l'hôpital Ville-Evrard en tant qu'institution à nouer des collaborations ou des partenariats avec les autres acteurs du territoire, les réponses sont nuancées, voire ambivalentes. En effet, certains acteurs qualifient l'institution de « boîte noire hermétique » ayant un fonctionnement en « vase-clos », par exemple :

« Ville-Evrard était un peu « village gaulois », fermé quoi. » (Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Cette critique, qui émane de la directrice de l'établissement, peut être interprétée comme une mise en valeur de son action en faveur de l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur (dans la suite de l'échange, elle évoque notamment les conventions entre l'hôpital et des établissements médico-sociaux mises en place depuis sa prise de fonction en 2016).

Un autre discours, porté par les représentants de Ville-Evrard et par la communication institutionnelle de l'établissement présente l'hôpital comme un acteur historique de la dynamique de collaboration sur le territoire (la formation du premier Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS) en 1948 par Paul Sivadon est ainsi cité en exemple, comme point de départ d'une tradition d'ouverture de l'établissement sur la ville).

Si, depuis quelques années, les acteurs de Ville-Evrard œuvrent effectivement à la construction d'une dynamique de collaboration avec les autres acteurs de la santé mentale du territoire, on peut néanmoins interpréter le discours relatant l'existence de « collaborations anciennes, et

nombreuses en Seine-Saint-Denis » comme une stratégie discursive visant à faire la démonstration de la capacité de l'établissement à porter une dynamique partenariale de territoire dans le contexte de son refus de s'inscrire dans un GHT. En effet, la lecture de l'introduction du Projet médical d'établissement de Ville-Evrard, nous apprend que celui-ci a été conçu comme un « atout » de la dérogation de l'établissement à faire partie d'un GHT. L'établissement y est décrit comme étant ouvert sur la ville et la construction de partenariats. Cette ouverture s'inscrirait dans une continuité historique, l'hôpital ayant été à « à l'avant-garde des mouvements de réforme de la psychiatrie ».

2.2 Construction d'un collectif, mobilisation des acteurs

L'instruction publiée pour guider les acteurs dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale indique que la démarche doit inclure « l'ensemble des acteurs de la santé mentale ». Si le texte fournit une liste indicative assez large des acteurs pouvant être partie prenante du projet, il n'en reste pas moins que sur un territoire donné, un collectif d'acteurs doit être construit en vue d'élaborer le PTSM. La construction de ce collectif passe par plusieurs étapes qui font l'objet de la première section ci-dessous : délimitation du périmètre des acteurs que l'on souhaite inclure, identification, invitation et mobilisation des acteurs.

La seconde section explicite les ressorts de la participation des acteurs à l'élaboration du PTSM. En effet, l'ensemble des acteurs identifiés et invités à prendre part à la démarche n'a pas participé de la même manière : certains se sont fortement impliqués dans le projet tandis que d'autres acteurs, pourtant jugés essentiels par les pilotes du projet, n'ont pas pris part à la démarche.

2.2.1 Définir les frontières d'un monde

Délimiter le périmètre des acteurs que l'on souhaite inclure constitue la première étape de la construction du collectif. Choisir qui participera ou non à la démarche revient, symboliquement, à définir les frontières, les limites du monde de la santé mentale sur le territoire.

Les pilotes du projet rapportent une volonté initiale d'accueillir l'ensemble des acteurs souhaitant s'investir et de ne refuser personne, en se basant sur une acceptation large de la santé mentale. Néanmoins, malgré la volonté d'ouvrir très largement la démarche, des acteurs ont pu ne pas être invités parce qu'on ne les avait pas considérés initialement comme des acteurs relevant du champ de la santé mentale. C'est le cas des acteurs de la périnatalité dont l'appartenance au monde de la santé mentale n'était pas apparue aux pilotes du projet :

« Périnatalité, par exemple, il se trouve que le groupe enfant et parents a pas du tout évoqué ce sujet. Mais vraiment, les trois séances qu'on a eues, j'ai eu beau relire mes notes, la question de la périnatalité... [...] Pour moi, c'était pas un sujet la périnat. »

(Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordinatrice du PTSM)

Aucun acteur de la périnatalité n'ayant participé à l'étape diagnostic, une sage-femme du réseau de santé en périnatalité Naître dans l'Est Francilien (NEF) a finalement rejoint la démarche au cours de la seconde partie suite à une rencontre avec la directrice de projet santé mentale lors d'une réunion sur la périnatalité à l'ARS. Le thème de la santé mentale n'était qu'un point parmi d'autres lors de cette réunion, mais devant des attentes fortes exprimées par les participants, la directrice de projet santé mentale a évoqué l'élaboration en cours des

PTSM et a mis en relation la sage-femme du réseau NEF avec la coordinatrice du PTSM. Sa participation permettra finalement d'inclure une feuille de route sur la périnatalité dans le PTSM.

Cet exemple illustre la porosité des frontières du monde de la santé mentale : la participation d'un acteur suite à une rencontre contingente a abouti à l'élaboration d'un chapitre entier du PTSM et a permis de réintégrer, symboliquement, la périnatalité dans le champ de la santé mentale.

Par ailleurs, si les frontières du monde de la santé mentale sont poreuses, elles sont également variables selon les acteurs. Ainsi, s'il n'a fait aucun doute, par exemple, que la pédopsychiatrie devait participer à la démarche, d'autres acteurs plus périphériques n'ont pas nécessairement fait consensus, comme l'illustre l'extrait suivant :

« Mais par exemple, on n'a pas fait appel à l'aumônerie. Or ici, l'aumônerie, dans les accompagnements, c'est quelque chose d'assez important. Je comprends bien que c'est quelque chose d'un peu délicat, ça c'est une opinion un peu personnelle parce que les médecins, ils peuvent dire : « Attendez, on va pas commencer à parler du bon dieu, des prières, etc. ». D'accord. Je suis bien d'accord, mais il n'empêche que quand vous regardez le travail que fait l'aumônerie, vous voyez qu'ils accompagnent. Or qu'on sait aussi que la plupart des malades et parfois aussi des familles passent par des stades mystiques. Donc, faut pas nier l'existence de ces choses-là. Il faut en parler, pour l'intégrer dans la vie. De croire ou de ne pas croire. On ne peut pas parler de laïcité si on nie l'existence des religions. C'est pas possible. Il faut absolument dire « Bah, oui, ça existe, mais comment faire ensemble ? ». Voilà, ça c'est un exemple de chose où je me dis : « Il

y a un trou dans la raquette. Un trou spirituel. » » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

A la suite de la délimitation du périmètre de la santé mentale, l'étape suivante, mise en œuvre par les membres du comité de pilotage ainsi que par les animateurs des groupes de travail, a été leur identification afin de les inviter à participer à la démarche et notamment, à la journée de lancement.

Les pilotes du projet rapportent que cette étape a été difficile à mener : il n'existe pas d'annuaire recensant les acteurs de la santé mentale du département. Aucune organisation ou institution, – on pense en particulier aux services déconcentrés de l'État –, ne dispose et ne tient à jour un tel annuaire.

En l'absence d'annuaire exhaustif recensant l'ensemble des acteurs de la santé mentale du territoire, chaque membre du comité de pilotage ou animateur d'un groupe de travail a mis en commun une « partie de son réseau ». L'équipe pilote s'est ainsi constitué un annuaire par agrégats successifs :

« Et alors là, on a fait tout un programme de la journée du 25 mars et puis surtout, moi je me suis collé de faire un annuaire parce que qui on invitait le 25 mars ? Alors là, un des gros problèmes du 93, c'est ça. A-t-on un annuaire ? [...]. Bon alors j'ai fait une espèce de copier-coller de tout ce que je pouvais avoir. » (Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordinatrice du PTSM)

L'annuaire constitué par assemblage, se compose notamment de noms et contacts mis en commun par la Trame, l'UNAFM, le Dispositif Intégré de soins et de services pour personnes en situation de handicap (DIH-93), Interlogement 93 ou encore les CLSM.

« Alors, il y a eu déjà des membres de la CSSM qui étaient concernés, les membres de la CPT, les membres qui avaient participé aux groupes de travail du projet de Ville-Evrard, des membres de ce qui s'était constitué entre temps, de la commission des professionnels hospitaliers de santé mentale de la CPT 93 donc psychologues, paramédicaux, travailleurs sociaux, et puis ensuite, il y a eu une mise en commun avec le conseil départemental 93 avec les membres de leurs différents groupes de travail. Parce qu'en parallèle, ils étaient en train de refaire leur schéma de protection de l'enfance, leur schéma handicap, etc. Donc ils avaient déjà des interlocuteurs. Donc, on avait identifié déjà un peu tous les interlocuteurs, voilà. Et puis après, on est allé par sélection, Interlogement a aussi contribué ainsi que l'UNAFAM. Ça été beaucoup le rôle des pilotes de donner des noms de personnes ressources pour la participation à ces travaux et puis après, ça s'est fait aussi par cooptation, une personne en amenant une autre, ou un collaborateur, etc. Les groupes étaient assez dense au départ, pouvait contenir jusqu'à une vingtaine de personne. Après, parfois, ça s'est résumé à un trio sur les différents points. Mais en même temps, quand vous faites douze points et il y a un trio, ça fait déjà trente-six personnes ce qui est beaucoup. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

La fragmentation des annuaires reflète la compartimentalisation de la santé mentale en filières institutionnelles distinctes ainsi que l'invisibilité d'une partie des activités relevant de la santé mentale. Par ailleurs, elle témoigne également de l'absence de définition a priori des contours de la santé mentale : il n'existe pas de champ institué de la santé mentale.

Après la constitution de l'annuaire, l'étape suivante a été la diffusion de l'information : envoi des invitations par courriel par l'équipe de coordination, relai de l'information et travail de traduction par des structures comme la Trame ou les CLSM.

« Après pour les invités, c'était des invitations ouvertes. C'est-à-dire que le rendez-vous circulait. Nous on pouvait le faire circuler à qui on voulait. Nous l'enjeu, c'était surtout de le faire circuler dans les GEM. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Le travail de traduction visait spécifiquement à expliquer les enjeux du PTSM aux acteurs moins familiers des politiques publiques de santé mentale :

« C'est quelque chose qu'on a construit avec la coordinatrice du PTSM en fait. Ça été créé au fur et à mesure. Euh... Parce que de toute façon, elle, elle avait ses annuaires et nous on relayait quand même les invitations. Euh... Et on avait quand même, on a eu un travail de traduction à faire avant la mise en place, pendant et après pour que à l'échelle, en tout cas, moi, à l'échelle de mon territoire, il a fallu que j'informe. Que ce soit les personnes très techniciennes dans le cadre du CLSM, le secteur, les responsables de service, les élus, les administratifs... De dire que le PTSM allait arriver et pourquoi

c'était intéressant qu'on bosse dessus. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Le collectif s'est ainsi constitué de proche en proche, progressivement, par ajout ou cooptations successives. On a pu inviter les gens avec lesquels on avait des habitudes de travail en commun, avec lesquels on se sentait à l'aise :

« Moi, je lui ai dit, « Je suis pas très à l'aise avec ça, ok, mais avec l'animatrice du CLSM d'Epinay sur Seine » et on a suggéré une professeur de psychologie qu'on connaissait à la recherche, ce qui faisait que quand on avait des plus grandes réunions, bah, ça faisait sens pour moi d'aller là s'il y avait aussi d'autres gens avec qui j'avais des habitudes de travail et avec qui on savait un peu de quoi on parlait » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Cette méthode, si elle a permis d'identifier un grand nombre d'acteurs (450 courriels d'invitation envoyés par la coordinatrice du PTSM notamment), a pu ignorer les acteurs qui n'entretenaient pas de lien avec les membres de l'équipe pilote ou de l'équipe d'animation.

Une fois invités, il a fallu mobiliser les acteurs pour qu'ils fournissent un travail (participation aux réunions, à l'écriture, à la relecture, aux échanges). Cette tâche a été l'une des plus difficiles pour l'équipe de coordination. En effet, si de nombreux acteurs ont été identifiés et invités, peu ont fourni une contribution significative. Plusieurs personnes interrogées regrettent que l'engagement des acteurs, dans le cadre de la démarche du PTSM, mais également de manière

plus large, dans des collaborations de travail au quotidien, est très dépendant des personnes et des personnalités.

Le maintien d'une dynamique de travail participative tout au long de la démarche a été à la fois coûteux en énergie et a reposé fortement sur la capacité de l'équipe de coordination à remobiliser les acteurs. La coordinatrice du PTSM, en préambule du PTSM, évoque cette difficulté :

« Si le point fort a été le volontariat, c'est également le point faible puisqu'un certain nombre d'acteurs n'ont pas participé aux deux phases. Certains n'ont pas été repérés faute d'un annuaire exhaustif et/ou d'adresses erronées ; d'autres ont participé à la phase de diagnostic mais pas à celle de l'élaboration des feuilles de route ; d'autres enfin n'ont jamais contribué à la réflexion, certains étant pourtant des acteurs majeurs de la santé mentale. »

Par ailleurs, au cours des 18 mois pendant lesquels la démarche s'est tenue, des acteurs ont changé de poste, entraînant des ruptures dans la continuité du suivi du dossier. En effet, un certain temps est nécessaire avant qu'une personne reprenant un poste ne prenne connaissance des dossiers et échanges antérieurs.

2.2.2 Les acteurs du PTSM

Après avoir évoqué les problèmes liés à la définition des limites du champ de la santé mentale, à l'identification des acteurs concernés et à leur mobilisation, je décrirai dans cette section les acteurs ayant effectivement pris part à la démarche d'élaboration du PTSM et la place qu'ils y ont occupée.

Malgré l'absence notable de quelques structures, institutions ou personnes, les acteurs interrogés décrivent la présence d'une grande diversité d'acteurs au sein des groupes de travail ainsi qu'un degré d'ouverture assez fort, élément très mobilisateur pour eux :

« Et puis après, dans la composition du groupe, voilà, il y avait du monde autour de la table. Il y avait des gens du SIAO, il y avait des gens de l'hébergement, il y avait des gens de la fédération des solidarités. Je crois qu'il y avait un acteur important des années 70/80. Il publiait une revue qui s'appelait Transitions, je crois. Voilà. Il y avait... Tu sentais qu'il y avait quand même des représentants de CCAS. Vu que le PTSM vise à une transversalité et à un décloisonnement entre les champs sanitaire et social... Il y avait quelque chose d'opérant. Ça ne ressemblait pas à du vent. Il y avait quelque chose de... Je trouvais que les gens se mobilisaient fortement autour de ce projet. Et je me suis dit « Ah, tiens, c'est quand même intéressant ». En tout cas, quand j'ai vu la composition du groupe et les prises de parole des uns et des autres, je me suis dit « Tiens, en tout cas, cette forme-là, qui démarre est pas mal ». » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

On peut distinguer trois types d'acteurs : les acteurs obligés, les acteurs incontournables, et les acteurs périphériques.

Les acteurs obligés devaient statutairement être présents mais ils n'ont pas investi particulièrement la démarche. Il s'agit des acteurs de l'ARS.

Les acteurs incontournables sont les acteurs dont la présence était nécessaire, sans quoi, la démarche aurait perdu sa légitimité. Pour la plupart, ils ont été mobilisés dès le début de la

démarche et ont participé au comité de pilotage et à plusieurs groupes de travail. Ils ont eu une influence importante sur toutes les décisions. Il s'agit notamment des représentants de l'hôpital Ville-Evrard, en particulier la directrice de l'établissement, la coordinatrice du PTSM et le vice-président de la CME, chef de service de pédopsychiatrie. Il s'agit également des représentants des familles (UNAFAM), du conseil départemental ou des représentants des acteurs du logement.

Enfin, les acteurs périphériques étaient invités et ont participé de manière variable aux groupes de travail. Ils ont pu proposer des projets dont certains ont été retenus mais n'ont pas joué de rôle dans le pilotage de la démarche. Il s'agit par exemple des équipes de certaines municipalités, ou encore des acteurs de la recherche.

Un tableau reprenant synthétiquement la place occupée par les différents types d'acteurs ayant participé ou non à la démarche figure en annexe (Annexe VI).

Dans les sections suivantes, j'analyserai plus spécifiquement la place occupée par les différents types d'acteurs dans la démarche. J'évoquerai ainsi la forte mobilisation des représentants de l'UNAFAM, le rôle central occupé par les acteurs de Ville-Evrard, la difficulté à trouver une position pour les acteurs de l'ARS, l'absence des autres services de l'Etat, et les positions variables occupées par les acteurs du médico-social, les autres établissements sanitaires ou par les collectivités territoriales.

2.2.2.1 Une forte mobilisation de l'UNAFAM contrastant avec la faiblesse de la représentation des usagers

L'UNAFAM s'est fortement impliquée dans la démarche, par l'intermédiaire de plusieurs de ses bénévoles. L'association, par l'intermédiaire de son délégué départemental a été membre du comité de pilotage. Elle a notamment contribué à identifier les participants. Des bénévoles ont

participé à chacun des quatre groupes diagnostics, et un bénévole s'est fortement investi dans la feuille de route hébergement / logement.

L'implication de l'UNAFAM contraste avec la faiblesse de la représentation des usagers en Seine-Saint-Denis. Il s'agit d'un point important dont ont fait part les acteurs évoquant la construction du collectif du PTSM. En effet, en Seine-Saint-Denis, à l'exception de l'UNAFAM qui représente les familles des patients, il n'existe pas d'organisation représentative des usagers de la psychiatrie. Des acteurs de la santé mentale du département regrettent ainsi l'absence de pluralisme dans la représentation des patients.

Par ailleurs, si des acteurs de l'accompagnement comme la Trame ont eu à cœur d'accompagner et de faire participer des usagers du réseau des GEMs lors des réunions de diagnostic, peu d'usagers ont effectivement été présents lors des réunions du PTSM (trois GEMeurs présents au total). Lorsqu'ils étaient présents, un travail d'accompagnement et de traduction était nécessaire pour les inclure et leur participation a été minime. En effet, la complexité des discussions, du vocabulaire et des acronymes utilisés, le grand nombre d'intervenants, etc. constituent autant d'obstacles à la participation effective des usagers dans ce type de projet :

« Enfin, pour nous, dans la conclusion de ce truc, oui, oui, ils ont été là, bien sûr comme ils ont été à d'autres réunions, d'autres types de trucs... Mais, ça veut pas dire qu'on pourrait écrire en gros en gras le PTSM a été porté par et pour des usagers. C'est-à-dire que c'est encore minime. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

2.2.2.2 L'hôpital Ville-Evrard en position de leadership

La directrice de Ville-Evrard prend l'initiative de l'élaboration du PTSM, en sa qualité de présidente de la Commission Spécialisées en Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé du département.

Au cours de la démarche d'élaboration du PTSM, l'établissement assume un rôle de leadership qui s'inscrit dans la continuité des travaux autour de son projet d'établissement, de l'élection de sa directrice générale comme présidente de la CSSM puis de l'installation d'une CPT. Il existe ainsi une parenté entre le projet d'établissement de Ville-Evrard, le projet médical de la CPT et le PTSM.

Le leadership assumé par Ville-Evrard s'inscrit également dans une stratégie d'affirmation de l'établissement, principal offreur de soins en psychiatrie, sur son territoire.

La position de l'établissement lui a notamment permis de s'assurer que ses intérêts étaient pris en compte dans le PTSM. Ainsi, la feuille de route « Attractivité du territoire » est issue d'une commission ad-hoc créée au sein de l'hôpital Ville-Evrard afin de répondre à ses difficultés de recrutement en personnel soignant.

Le leadership de l'établissement s'appuie notamment sur la position de la directrice de Ville-Evrard comme présidente de la CSSM et comme vice-présidente de la CPT et sur celle du pédopsychiatre, chef de service et vice-président de la CME comme président du collège médical de la CPT. Par ailleurs, ils étaient tous les deux membres du comité de pilotage du PTSM.

Le recrutement d'un médecin de santé publique comme chargé de mission par l'hôpital, en tant que coordinatrice de la CPT puis du PTSM, a également largement contribué à son rôle de leadership.

Si la coordinatrice du PTSM est « mise à disposition » du territoire, elle n'en reste pas moins rattachée à l'hôpital Ville-Evrard. Son bureau se situe dans le bâtiment de la direction où elle côtoie la directrice de l'établissement, avec laquelle elle échange régulièrement. Outre la CPT

et le PTSM, elle a en charge le suivi de nombreux projets internes à l'établissement (elle participe à l'écriture et à la relecture de projets soumis dans le cadre d'appels à projet par exemple). Enfin, les professionnels de l'établissement (psychiatres, directeurs adjoints, psychologues, assistantes sociales, etc.) se sont fortement mobilisés et sont nombreux à avoir participé aux groupes de travail diagnostic et aux feuilles de route, dans lesquels ils formaient un contingent important.

Ainsi, seule institution de santé mentale couvrant l'ensemble de la Seine-Saint-Denis et disposant de moyens dont ne disposent pas les autres institutions, l'hôpital Ville-Evrard se trouvait en position naturelle pour prendre le leadership sur le PTSM. Il faut ajouter à cela la position dominante exercée par les psychiatres – en tant que profession – sur le champ de la santé mentale. En outre, l'institution a elle-même choisi d'assumer cette position (rôle moteur de la direction et de certains psychiatres).

De nombreux départements en France sont dotés d'un unique établissement public de santé mentale occupant une place centrale, similaire à celle de Ville-Evrard : il serait intéressant d'observer si la psychiatrie a également pris le leadership dans la démarche PTSM sur ces territoires.

2.2.2.3 Participation variable des acteurs du médico-social

Bien qu'indispensables à la légitimité de la démarche, les acteurs du médico-social n'ont pas occupé une place importante dans la démarche, à l'exception de quelques organismes spécifiques tels que la Trame, Bol d'air ou encore Iris Messidor. En effet, bien que de nombreux responsables de structures médico-sociales aient été présents au sein des

différents groupes de la phase initiale, il semble que peu aient effectivement contribué à l'ensemble de la démarche.

Il est difficile d'interpréter cette faible présence des acteurs du médico-social et on ne peut qu'avancer des hypothèses : manque de temps pour participer, difficulté à s'intégrer et à trouver une place dans la dynamique, manque d'intérêt, etc.

Les équipes de dispositifs d'accompagnement innovants tels que la Trame ou Bol d'air ont, elles, en revanche, pleinement participé à la démarche en pilotant un groupe de travail ou en participant activement à l'écriture et à la relecture de feuilles de route. Ce-faisant, ces équipes ont réussi à s'imposer comme des acteurs importants de la coordination du champ de la santé mentale et de la psychiatrie sur le territoire.

2.2.2.4 Participation « isolée » de professionnels des autres établissements de santé

Les autres établissements du territoire se sont également mobilisés, des psychiatres et des personnels non médicaux de chaque établissement (GHT-GPNE, Hôpital Delafontaine, HU Paris Seine-Saint-Denis) étaient présents.

La chef de service de pédopsychiatrie de l'hôpital Ballanger a notamment coanimé le groupe de travail « Enfance et périnatalité ». La chef de service de la psychiatrie adulte a participé à la feuille de route « Crises et urgences ». Le chef de service de pédopsychiatrie de l'hôpital Delafontaine a, quant à lui, participé à la feuille de route « Santé mentale des enfants ».

Si quelques psychiatres de l'hôpital Avicenne ont contribué, leur chef de service, seul enseignant universitaire en psychiatrie du territoire - jusqu'à la nomination récente d'une professeure de psychiatrie à Ville-Evrard -, n'a pas participé à l'élaboration du PTSM.

Ainsi, contrairement à l'hôpital Ville-Evrard où la direction et les professionnels de santé se sont engagés fortement, l'engagement des autres établissements du département a été le fait de quelques professionnels mais pas des institutions en tant que telles. Il s'agit d'hôpitaux généraux où la psychiatrie ne constitue qu'une des spécialités représentées. Il est probable, par conséquent, que les directions de ces établissements se mobilisent moins sur les questions de santé mentale.

2.2.2.5 L'ARS, une position introuvable

Dans cette section, je décris, dans un premier temps, le positionnement – difficile à trouver - des acteurs de l'ARS dans le cadre de la démarche d'élaboration du PTSM.

A un niveau régional ou territorial, les membres de l'ARS, s'ils sont effectivement perçus comme financeurs et représentants de l'action de l'État, peuvent également jouer un rôle de partenaire dans la construction de projets dans laquelle ils s'engagent personnellement. Ainsi, dans un second temps, je présenterai le parcours de deux psychiatres qui se sont succédés à la délégation territoriale pour y occuper une position à l'interface entre les mondes administratif et de la clinique.

2.2.2.5.1 Positionnement de l'ARS, un équilibre difficile à trouver

Dans l'article 69 de la LMSS, le rôle dévolu à l'ARS, outre la validation du diagnostic et du PTSM par arrêté et l'établissement du contrat territorial de santé mentale, ne consiste qu'en la suppléance des acteurs du territoire dans l'élaboration du PTSM en cas de défaut d'initiative de la part de ces derniers.

Pourtant, dans son guide méthodologique « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et en santé mentale – Méthode et outils pour les territoires », l'ANAP indique que si l'article 69 de la LMSS prévoit que l'initiative et la rédaction du PTSM appartient aux acteurs du territoire, aucun acteur seul ne saurait conduire une dynamique de changement aussi globale. Elle précise qu'il est indispensable « que les régulateurs initient et suivent de près la démarche ». Ainsi, dans les fiches du kit outil accompagnant le guide, l'ANAP spécifie que les indicateurs nécessaires à la construction du diagnostic sont fournis aux acteurs et que l'ARS pilote les groupes de travail.

L'instruction du 5 juin 2018 précise le rôle de l'ARS : animer la démarche, veiller à la couverture globale du territoire par le projet, faire en sorte que l'ensemble des catégories d'acteur soient représentées et que la gouvernance de la démarche soit équilibrée. Par ailleurs, l'instruction prévoit que les DD mettent à disposition les données nécessaires, participent aux instances de gouvernance, voire aux travaux.

Ainsi, si le rôle respectif des acteurs de terrain (initiative, gouvernance, élaboration) et de l'ARS (animation, participation à la gouvernance, voire aux travaux) semble être clairement défini par le cadre législatif, en pratique, les tâches auxquelles chacun doit s'astreindre ne sont pas explicitées et les termes peuvent être sujets à interprétation. De plus l'article de loi, l'instruction et la méthodologie fournie par l'ANAP ne disent pas exactement la même chose : l'ANAP propose que le régulateur initie la démarche, contrairement à l'instruction ou à l'article de loi. Par ailleurs, le rôle d'animation de l'ARS n'étant pas précisé, on ne sait pas ce qu'il recouvre précisément. S'agit-il d'un rôle de suivi à distance ou d'un rôle de coordinateur de la démarche ? La question de la charge de la coordination du projet est, en effet, légitime :

n'apparaissant pas dans l'instruction, elle est décrite par les acteurs rencontrés au cours de mes entretiens comme un impensé des pouvoirs publics.

« Voilà. Et ça, ça semblait évident en lisant l'instruction à la base qu'il allait falloir quelqu'un pour impulser des choses et que... Quelque part, ça pouvait pas être directement l'ARS non plus. Parce que sinon, on fait un PRS santé mentale, c'est ça qu'on fait. Il faut être clair. Et c'est pas l'esprit, c'est pas le but, de faire un projet départemental santé mentale venant de l'administration. C'était pas le but quoi. Donc, ouais, ça manquait... Ça c'était pas forcément réfléchi avant. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Les référents santé mentale de la délégation territoriale et du siège régional de l'ARS indiquent que trouver leur positionnement dans l'accompagnement des acteurs a été difficile.

« Nous notre gros souci, c'était respecter le positionnement qui nous était demandé dans le décret, c'est à dire d'être en appui, mais de pas prendre la main et de laisser les acteurs faire remonter leurs initiatives de façon assez libre. Donc c'est vrai que c'est un positionnement qui n'est pas simple, qui n'est vraiment pas facile. Donc les choses se sont un peu ajustées en fonction des personnalités, des habitudes de travail, de façon très individuelle. » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

« Et c'est une position assez bâtarde. Pour les ARS, parce que... Enfin, moi je trouvais ça assez bâtard parce que à la fois, t'as le côté « Oui, vous êtes la tutelle, donc du

coup, il faut accompagner la dynamique, des professionnels mais en même temps, faut pas les brider, il faut les laisser faire aussi parce que ça doit venir d'eux et il faut pas qu'on induise des choses », parce que l'esprit, il était vraiment là, du PTSM, il fallait surtout pas induire en fonction des besoins que nous on a identifié, nous ARS quoi. Il faut vraiment que vous identifiiez vos propres besoins et vos propres réponses à ces besoins que vous voulez construire. Chose qui est impossible si on prend une position directive à dire « Ben voilà, on fait réunion avec untel untel untel et puis on parle de ça quoi ». Ça va pas quoi. Et donc, pour moi, je pense que c'était vraiment... Enfin, ça créé un positionnement compliqué pour les ARS. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Bien qu'ils aient été présents lors de la journée de lancement ainsi qu'à quelques réunions (le conseiller médical référent santé mentale à la DD93 a notamment participé au groupe « animation territoriale »), les membres de la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis ont adopté une position de retrait, préférant accompagner la démarche « à distance », laissant la coordination et le pilotage de la démarche à la main des acteurs.

Ils expliquent et justifient ce choix par une volonté de respecter les consignes de l'instruction mais aussi par l'absence de besoins d'accompagnement exprimés par les acteurs du territoire.

« A ma connaissance, ils [les référents santé mentale de la DD93] ont eu une posture, plutôt de disponibilité, en cas de problème mais ils ont été peu interventionnistes. Ils ont, je crois, pas participé directement aux travaux, ils étaient plus en supervision. Ils suivaient bien entendu toutes les restitutions de la CSSM au sein du conseil territorial de santé mais je crois qu'ils ont eu une position un peu haute... De survol. Un peu

hélicoptère par rapport au sujet. Sans doute aussi parce que Ville-Evrard avait recruté... Enfin avait mis des ressources. D'abord, il y avait une chargée de mission qui s'occupait de tout le travail de recherche, des chiffres, de cartographie, etc, qui était nécessaire pour le diagnostic. Et puis il y avait un médecin de santé publique, qui est un interlocuteur clé du département que vous avez sûrement déjà identifié. Euh, donc, il y avait de la compétence aussi, extrêmement pointue, précise et qualifiée, donc il n'y avait sans doute pas les mêmes besoins d'intervention de la DD que dans d'autres départements » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

Outre l'absence supposée de besoin d'accompagnement des acteurs, les représentants de la délégation territoriale justifient également la position qu'ils ont adoptée en rappelant que la responsabilité de la démarche d'élaboration du PTSM faisait partie de l'engagement pris par Ville-Evrard en contrepartie de la dérogation à se constituer en GHT.

Si les arguments précédents justifient la position adoptée par les acteurs de l'ARS et de la DD (interprétation de l'instruction, engagement de Ville-Evrard à porter la démarche et absence de besoin des acteurs), il faut néanmoins souligner qu'ils entrent en contradiction totale avec le point de vue des acteurs de terrain qui sera développé plus loin. Il semble par ailleurs que d'autres éléments aient pu contraindre le rôle joué par l'ARS.

En effet, la délégation territoriale disposait de ressources humaines insuffisantes pour assurer un accompagnement plus rapproché des acteurs. Ainsi, à la délégation territoriale, un binôme seulement était en charge de l'offre en santé mentale, composé d'un médecin à mi-temps et d'une chargée de mission administrative, à 20 % sur la santé mentale, le reste de son temps

étant dévolu à d'autres missions. Le suivi du PTSM ne représentait qu'une faible part de leurs missions.

« On a pas été présents sur tous les groupes, déjà parce que c'était pas possible, moi j'étais qu'à mi-temps avec d'autres choses à faire aussi. Et que techniquement c'était pas possible d'aller à toutes les réunions et à tous les groupes de travail. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Au siège également, les ressources humaines apparaissent comme insuffisantes pour suivre de manière rapprochée la démarche. La référente santé mentale régionale évoque un problème de disponibilité au sein de l'agence et du retard pris dans la validation des PTSM et la définition d'une méthodologie pour élaborer des contrats territoriaux de santé mentale. Les acteurs de l'équipe pilote rapportent en effet, qu'ayant adressé leur PTSM en novembre 2020, ils n'avaient toujours pas eu de retour (ni même d'accusé de réception) au moment de mes entretiens en janvier 2021.

La directrice de projet santé mentale à la direction de l'offre de soins de l'ARS évoque également un point aveugle pour l'agence, en lien avec une difficulté à réellement évaluer ce qui se passait sur le terrain :

« Si la démarche avait été trop hospitalo-centrée, peut-être qu'on ne l'aurait pas... Qu'on l'aurait vu un peu trop tard disons. Mais je crois que ce n'était pas le cas dans le 93 parce qu'on a eu tous les compte-rendu de leurs réunions, etc., et la liste des personnes qui ont participé et clairement, c'était pas hospitalo-centré, mais là, sur le plan de la méthode, il y aurait eu moyen qu'un établissement s'accapare un peu la

conduite de la démarche. » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

Outre le manque de temps sur les questions de santé mentale, les agents évoquent un turnover important des personnes en charge de ces questions dans les administrations. La « reprise » des dossiers ne facilite pas la continuité de leur suivi. Ainsi, au cours de la démarche, deux directeurs de projet santé mentale se sont succédés à la direction de l'offre de soins de l'ARS et le conseiller médical référent santé mentale à la DD93 a lui-même quitté ses fonctions avant la fin de l'élaboration du PTSM. Ce-dernier mentionne également avoir connu, au cours de ses deux ans en fonction à l'ARS, une vacance de sept mois du poste de son binôme administratif avant qu'il ne soit à nouveau pourvu. Il rapporte également des difficultés à faire vivre le PTSM en interne :

« Ah oui, ils n'en ont rien à foutre en interne. Enfin, ils font autre chose que de la santé mentale quoi les autres. On est deux à faire de la santé mentale sur soixante-dix personnes. Donc les autres, ils ont autre chose à foutre. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

2.2.2.5.2 Des acteurs à l'interface entre les mondes

Parmi leurs interlocuteurs au sein de l'administration, les acteurs de terrain distinguent deux psychiatres qui se sont succédés comme conseillers médicaux chargés de la santé mentale à la délégation territoriale et sur lesquels ils portent un regard moins critique. En effet, ayant exercé comme psychiatres avant d'entrer dans l'administration, leur positionnement se situe

à l'interface entre le monde de la clinique et le monde de l'administration. Au cours des entretiens, leur travail a été cité et valorisé par les acteurs de terrain.

Par ailleurs, la connaissance de la trajectoire de l'ancien conseiller médical référent santé mentale à la DD93 interrogé dans le cadre de mes entretiens nous permet également de mieux interpréter ses propos. Ayant travaillé comme psychiatre toute sa carrière, il est resté à l'ARS pendant deux ans seulement avant de revenir sur le terrain. Au cours de notre entretien, il s'est montré volontiers critique vis-à-vis du fonctionnement général de la délégation territoriale et vis-à-vis de certains aspects des instruments, tout en défendant l'action qu'il a menée lui-même à l'ARS lorsqu'il y travaillait encore.

L'expérience du terrain des deux psychiatres, anciens conseillers médicaux en charge de la santé mentale permet à ces acteurs « interfaces » de s'identifier aux acteurs de terrain et de mieux percevoir leurs difficultés, notamment, face à l'administration, « *espèce de boîte noire assez opaque et très techno [dont le fonctionnement est] assez incompréhensible pour le professionnel de terrain* ». (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93).

Leur statut de psychiatre constitue également une ressource leur permettant de tenir une position différente de celles des autres agents de l'administration (plus grande liberté de parole par exemple).

Les deux psychiatres, anciens conseillers médicaux en charge de la santé mentale partagent également une culture commune et des références avec les acteurs de terrain. Les acteurs de la Trame rapportent ainsi que les échanges qu'ils ont pu avoir avec eux, de manière informelle,

sur la psychiatrie institutionnelle et la psychiatrie communautaire ont facilité le développement de liens plus forts.

« Le conseiller médical référent santé mentale qui a pris la suite de l'ancien conseiller médical et a été assez soutenant que ce soit pour l'écriture du FIO, etc. Moi je dirai que les relations avec lui étaient très bonnes. Et je me souviens qu'il avait évoqué aussi des passages à... Pas à la Borde mais... Il était interne à Tours, il connaissait quand même pas mal la psychothérapie institutionnelle. Il avait cet arrière-pays-là. Il savait que c'était un arrière-pays de deux des animateurs de la Trame. Et que j'avais l'impression qu'il entendait quelque chose du fond du truc qui n'était pas juste en quoi le dispositif est innovant mais en quoi le dispositif ça vient se rattacher à une histoire, à un truc... » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les acteurs de terrain distinguent ainsi les deux psychiatres, anciens conseillers médicaux en charge de la santé mentale, des « administratifs » qui ne répondent qu'aux questions administratives, sans échanger sur le fond des projets.

« Mais du coup, ça revient à des liens plus classiques avec des financeurs alors que là, les liens dont on parle, ils n'étaient pas si classiques. C'était des liens plutôt chaleureux et de fond. On pouvait vraiment parler... On a vraiment pu parler des problèmes qu'on rencontrait, des doutes qu'on a... Ça été quand même des conseillers. Je ne sais pas comment dire. Ils avaient un vrai rôle d'appui et de soutien. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de

troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

En miroir, l'ancien conseiller médical référent santé mentale à la DD93 interrogé dans le cadre de mes entretiens, s'il évoque le fait que de multiples demandes de financement étaient adressées de manière inappropriée à la délégation territoriale, celle-ci n'ayant pas d'argent à distribuer, il indique qu'il avait à cœur de soutenir les acteurs et s'engageait personnellement dans l'accompagnement des projets.

« Après, charge à nous justement de les défendre, de les porter pour les défendre à des échelons plus haut pour obtenir [un financement] » « Je considérais que mon boulot, c'était de faire en sorte que les professionnels ils puissent bosser. Voilà, c'est ça. Tout simplement » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

En conclusion, ces acteurs faisant le pont entre les professionnels de terrain et l'administration endossent un rôle de passeurs ou de traducteurs, capables d'appréhender à la fois les besoins et contraintes des uns et des autres. Leur présence permet de faciliter les échanges et nous autorise à interpréter la critique adressée aux pouvoirs publics par les acteurs de terrain : elle est en effet, la plupart du temps, adressée, non pas aux agents, mais à l'institution et aux dysfonctionnements qu'elle symbolise.

2.2.2.6 Absence des autres services de l'Etat

Les autres services de l'Etat qui étaient attendus (évoquées par les acteurs interrogés ou mentionnés dans l'instruction du 5 juin 2018) se sont peu engagés : Education nationale, services

dépendant du ministère de la Justice, ou encore Direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), rattachée à la préfecture de la région.

Ces services n'ont pas contribué de manière significative à la démarche et ont été particulièrement difficiles à mobiliser. La quasi-unanimité des personnes interrogées dans le cadre de mes entretiens regrette l'absence de l'Education nationale ou des services dépendant du ministère de la Justice :

« Il n'y a pas eu de refus explicite, il y a eu des absences. Je vous l'ai dit, l'Education nationale, grand absent, la justice, grand absent. Ça, c'est beaucoup lié au fait que nous n'avons pas les mêmes tutelles et qu'il n'y a eu aucune impulsion de la part, je pense aux plus hautes sphères de l'État, du fait de la nécessité d'une collaboration interministérielle sur ce sujet. C'est toujours un peu l'idée que oui, la santé mentale n'appartient pas qu'à la psychiatrie, mais on ne donne pas les moyens à la psychiatrie de travailler avec d'autres. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

« Oui, et en même temps, tout ceux qui étaient là, auraient eu un million de besoins en lien avec l'Education nationale à formuler. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Une des limites de l'instrument semble ainsi avoir été son incapacité à mobiliser des acteurs dépendants d'autres ministères de tutelles, alors même qu'ils étaient mentionnés dans l'instruction, avec des absences ou des « participations fictives » (personnes présentes mais dont le niveau hiérarchique ne permettait pas d'engager leur institution) :

« C'est difficile d'atteindre les personnes les plus en responsabilité. Non, mais c'est surtout difficile de les mobiliser donc il faut beaucoup aller vers eux, c'était difficile de les inclure dans ça. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

2.2.2.7 Forte mobilisation du conseil départemental, engagement variable des communes

Le conseil départemental de Seine-Saint-Denis s'est fortement mobilisé avec l'implication de la vice-présidente chargée de l'autonomie des personnes âgées et handicapées dans le comité de pilotage.

Plusieurs services et directions ont participé à la démarche : les services ASE, et PMI au sein de la direction de l'enfance et de la famille, la direction de la population âgée et des personnes handicapées ou encore la MDPH. L'impulsion a été donnée par la direction générale qui a encouragé les différents services concernés à s'investir dans la démarche.

Des personnes avec des hauts niveaux de responsabilité, comme le directeur adjoint du pôle des solidarités se sont engagés et ont participé. La directrice adjointe de la direction Enfance Famille (DEF) & Cheffe de service PMI a, quant à elle, coanimé le groupe de travail « Enfance et périnatalité ».

Aucun élu municipal n'a pris part de manière significative à la démarche. Plusieurs villes de Seine-Saint-Denis ont participé, en revanche, par le biais de leurs services (CLSM, CCAS, mission locale, etc.) A titre d'exemple, on peut citer l'inscription au sein des groupes de travail diagnostic des coordinatrices CLS / ASV de Tremblay-en-France et de Romainville, de la Directrice adjointe Solidarités et Chargée de mission Projet social de territoire de Clichy-sous-

Bois, de la Cheffe de service Santé Publique de la mairie de Saint-Ouen, de la Responsable du Service Social d'Aubervilliers, etc.

Les coordonnateurs des CLSM de Montreuil, de Saint-Denis et d'Épinay-sur-Seine/ Pierrefitte ont joué un rôle particulièrement important.

2.2.3 Les ressorts de la participation

La mobilisation des acteurs ayant été variable, allant d'une très forte implication à l'absence de participation, il semble important de comprendre quels ont été les ressorts de la participation ou de la non-participation. C'est l'objet de cette section.

2.2.3.1 Un investissement pour sa survie ou pour faire avancer ses projets

Sans appliquer strictement la théorie de la rationalité économique, on peut considérer les acteurs de la santé mentale comme des acteurs stratégiques. Ils se sont engagés dans la démarche après avoir réalisé une forme de calcul, s'ils y percevaient un bénéfice pour l'avancée de leurs propres projets ou idées.

L'introduction des PTSM précède la crise de la psychiatrie de 2018, mais leur élaboration est contemporaine de celle-ci. En réponse aux difficultés évoquées par les professionnels de terrain, ils ont été encouragés par les pouvoirs publics à s'engager dans l'élaboration des PTSM, une démarche coûteuse en temps et en énergie, en particulier pour les animateurs des groupes de travail et les personnes impliquées dans l'élaboration des feuilles de route. Tout

au long de la démarche, les acteurs ont posé la question de la mise en œuvre effective des actions qui seraient prévues dans le cadre du PTSM :

« Après, c'est peut-être des discussions qui sont intéressantes : qu'est-ce que permet, dans les faits, le PTSM une fois qu'il est créé ? Est-ce que c'est juste des éléments de cadrage, est-ce que ça permet d'appeler des financements ? Etc, etc. Qui sont des questions très concrètes... » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les réponses apportées par les tutelles n'ont pas permis de lever leurs doutes, notamment concernant la question du financement des actions. Des acteurs interrogés dans le cadre de mes entretiens ont fait part de leur hésitation à s'engager ou à poursuivre leur engagement dans une démarche, certes intéressante, mais coûteuse en temps et en énergie et à l'issue incertaine :

« C'est un espèce de truc où on se dit qu'on y met beaucoup de temps mais que finalement, on sait pas trop trop... Pour répondre à ce que vous disiez tout à l'heure... Est-ce que ça va changer quelque chose ou pas ? » (Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

« Est-ce que ça va servir à quelque chose ? Ça c'était plus dans l'informel, ce « A quoi bon ? ». C'était un peu périphérique à tout le sérieux et le boulot. Ouais, est-ce que ça vaut le coup d'autant s'y investir ? Parce que c'est un peu chronophage. Ouais, et avec

aussi... On sait pas trop quelle va être la suite, c'est des éléments de cadrage mais en fait... Est-ce que c'est juste un effet d'annonce politique ? » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« Ça été une grosse discussion avec la Trame, quand on a vu le temps que ça allait nous prendre... Moi je me souviens avoir dit « Mais à quoi ça sert ? Je vais pas sacrifier autant de mon temps de travail pour ce projet-là » Et on en a parlé et ils m'ont dit qu'en fait, il faut qu'on prenne le risque parce que si potentiellement, ça nous donne des arguments pour avoir des financements pour la suite, etc. Il faut qu'on y aille, donc on y a été. On a pas encore fait l'évaluation de ça mais... » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les acteurs de la santé mentale ayant participé à la démarche se sont investis en espérant obtenir un retour sur investissement. Le premier enjeu de cet investissement pouvait être de voir sa propre action légitimée par le biais du collectif et son inscription dans le PTSM :

« Non, pas forcément une enveloppe financière mais que ça pouvait contribuer à la réalisation de dispositifs. Ça c'est sûr. Alors après, je sais pas si... Quel sera le lien entre éléments de cadrage et déclenchement de financement, ça c'est une question qu'on va voir par la suite. Mais au-delà de ça, il y avait quand même l'idée de faire apparaître des choses où on se disait « si on fait pas ce travail-là, ça n'apparaîtra pas ». Mais effectivement, dans ce que vient de dire ma collègue, de faire apparaître pour que ça s'inscrive et que ça pérennise les dispositifs, et que ça les légitime... Acquérir une forme de légitimité d'une certaine manière. Et voilà. » (Animateur au sein d'une association

fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Outre la légitimité de dispositifs ou projets que l'on fait inscrire dans le PTSM, pour une institution, participer à l'élaboration du PTSM est valorisant et peut être mis en avant.

« On a eu une mission IGAS d'audit, on a répété à plusieurs reprises qu'on avait participé au PTSM. » (Directeur adjoint Fédération d'acteurs du logement)

Le second enjeu de cet investissement, qui découle de la légitimité acquise, est l'obtention de financements.

« Seulement évidemment, là-dedans, il y a aussi des gens qui ont participé, qui étaient... Qui sont des professionnels et qui ont aussi besoin de justifier leur action parce que derrière s'ils se retrouvent sans financement de l'ARS, c'est pas terrible donc on se retrouve toujours avec « je défends ma boutique ». » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

Si la plupart des acteurs sont restés prudents, voire sceptiques face à l'idée que l'inscription d'un projet dans le PTSM permettrait d'obtenir des financements spécifiques, ils ont en revanche compris qu'il serait nécessaire que leurs propositions de projets soient cohérentes avec ce dernier pour obtenir des financements via les mécanismes habituels, ce que confirme la directrice de projet santé mentale à la direction de l'offre de soins de l'ARS :

« Là dans les AAP en particulier dans le prochain qu'on va sortir qui sera sur la réhabilitation psychosociale, je vais me marquer en toute lettre, dans les critères

d'appréciation, la cohérence avec les fiches actions du PTSM. » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

Dans cette perspective, les acteurs avaient tout intérêt à bien connaître le document, et même à y avoir contribué et fait inscrire leurs projets. Par ailleurs, si pour certains acteurs, légitimité et financement sont envisagés comme une manière de poursuivre ses projets et d'en développer de nouveaux, pour les structures associatives dont les moyens dépendent de financements renouvelés annuellement, elle est envisagée comme un enjeu de survie :

« Quand on écrit « pérennisation de la Trame » dans le PTSM, ça veut pas dire que ça sera pérennisé mais quand on va avoir un tel ou une telle pour lui demander la pérennisation, on peut avoir ça comme argument. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Le PTSM a également pu être envisagé comme une manière de faire avancer ses projets par d'autres moyens que l'accumulation de légitimité ou l'obtention de financement. Ainsi, la cheffe de service adjointe du service PMI du conseil départemental rapporte avoir participé au groupe recherche du diagnostic afin d'identifier des partenaires pour mettre en œuvre un projet de recherche action.

2.2.3.2 Participer au PTSM pour affirmer une position symbolique

Au-delà du souhait de faire avancer ses projets, l'un des enjeux du PTSM, pour certains acteurs promouvant un modèle ou une idéologie spécifique, a pu être d'y faire inscrire des termes et concepts afin d'affirmer une position symbolique.

Ainsi, les acteurs associatifs portant les dispositifs d'accompagnement la Trame et Bol d'air ont eu à cœur de faire apparaître au sein du PTSM des concepts tels que celui de rétablissement ou pair-aidance :

« Oui, il y a le financement et j'avoue que c'est très important le financement... Mais il y a aussi derrière, tout ce que ça peut porter comme projets, ce que ça peut... Bien sûr que le financement c'est important, mais si la RPS est reconnue comme étant réellement à part entière, comme un truc... Efficace, thérapeutique, que ça marche, peut-être que le regard pourra être porté différemment là-dessus et que les gens feront plus d'effort pour proposer de la RPS par exemple. Au-delà du financement. Voilà. Peut-être aussi qu'il y aura plus de volonté à créer des CLSM si on comprend l'importance que ça a dans le territoire. Voilà. Il y a le financement, c'est certains. Mais il y a d'autres choses aussi. Il y a une manière de travailler, il y a... Le fait que j'ai collé le mot rétablissement partout, inévitablement, ça change la donne. Euh... Parce que déjà, ça le dit, parce que parle de rétablissement en santé mentale, et qu'il y a encore aujourd'hui des gens en psychiatrie qui ne savent pas ce que c'est le rétablissement en santé mentale ! Voilà, ça peut changer la vision des choses et peut-être la volonté de travailler d'une manière. Ne serait-ce que pouvoir coller pair-aidance partout. » (Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

« Nous, on s’y est investis fortement au niveau de la Trame parce qu’on trouvait ça intéressant de faire apparaître des choses qui n’allaient pas y apparaître sinon, c’est à dire pour y aller très grossièrement, la part sociale du travail de soin et d’accompagnement. » (Animateur au sein d’une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d’un groupe de travail du PTSM)

Les mêmes acteurs ont pu regretter l’absence de prise de position politique (en faveur de l’ouverture de lits supplémentaires notamment) dans le cadre du PTSM.

« Par exemple, il n’y a pas de psychiatre qui est venu dire là on manque de quinze lits, comment on utilise le PTSM pour demander à tout prix l’ouverture de quinze lits. C’était pas du tout ça qui était à la mode... Demander l’ouverture de lits. Il n’y a aucune fiche action qui demande l’ouverture de lits. Alors que quand tu vas aux urgences, quand tu vas... Ils te disent tous qu’on manque de lit, quand même. Mais, c’est pas ça qui est mis en rouge, en gras, dans les fiches actions prioritaires. Et d’une certaine façon, c’est pas à nous de le faire puisque nous on est hors hôpital. Et j’ai l’impression que ça, il y a quand même un abandon de ça. Enfin... On pose plus sur la table qu’il faudrait peut-être quand même défendre des lits quoi. » (Animateur au sein d’une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d’un groupe de travail du PTSM)

2.2.3.3 Temps, compétences, ressources

Au-delà d'un calcul coût / bénéfice favorable à l'avancement de projets ou de l'affirmation d'une position symbolique, l'engagement dans la démarche nécessitait de disposer de temps, de compétences et de ressources.

Les acteurs les plus engagés (animateurs des groupes de travail, rédacteurs / relecteurs des fiches action) rapportent avoir consacré au PTSM un temps considérable, en plus de leur propre activité habituelle :

« C'était un investissement, en tout cas, pour moi, ça été un investissement, en temps, énorme ! Enorme ! Vraiment... Encore une fois, en un an, ça fait quand même trois groupes de travail, avec des préparations de groupes de travail, des débriefs de groupe de travail, des réunions de présentation en instance. Enfin, je pense que si on quantifiait le nombre d'heures que j'ai passé sur le PTSM sur la première année de diagnostic, ce serait complètement dingue... Vraiment ! » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Peu d'acteurs de terrain disposent de suffisamment de temps pour le consacrer à des projets aussi chronophages. Ainsi, dans les services hospitaliers, le plus souvent, seul le chef de service peut choisir de consacrer une partie de son temps à ce type de projet. Dans d'autres organisation, des agents pouvaient être missionnées par leur hiérarchie si elle était au fait de la démarche et convaincue de son bien-fondé. Parfois, faire vivre et connaître le PTSM en interne et auprès de sa hiérarchie a été une étape nécessaire pour justifier sa participation :

« Alors en fait, pour reprendre la chaîne, moi je présentais là on en était. J'ai dû faire deux trois points auprès des directions générales adjointes de chacune des villes. Pour

leur dire un peu comment s'organisait les travaux pour justifier moi aussi mon implication quand même assez importante. Leur dire quels étaient les objectifs, les grosses questions, les gros doutes qu'on avait. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Des acteurs n'ont pas pu participer, faute de temps :

« En fait, on n'en a pas parlé tout à l'heure, mais dans les grands absents, alors, ce n'est pas des grands absents mais les petits absents sont ceux qui n'ont pas de temps pour participer à ce genre de grosse machine. Donc, pour les coordo CLSM, il y en avait très peu finalement. Les coordo ateliers santé ville et CLS on n'en parle même pas, ils n'étaient pas là du tout ou très peu. Mais je crois que peut-être même il y en avait pas du tout. Mais parce que, vous mettez une personne, un milliard de dispositifs, on ne peut pas participer à tout sinon, on travaillerait plus. Donc, voilà, ça c'est quand même une grosse limite, si les personnes n'étaient pas là, je pense que ce n'était pas par manque d'intérêt. C'était par manque de compréhension, par manque d'accessibilité, et parce que des gens que des gens qui sont là à vingt ou trente pour cent, ils n'ont pas le temps de participer à trois groupes de travail en trois mois, c'est énorme quoi. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Outre le temps, la participation des acteurs nécessitait également d'autres ressources : une acculturation à ce type de réunion, au langage utilisé, au fonctionnement des politiques publique, des compétences sociales ainsi que des ressources matérielles comme disposer d'un bureau ou d'un ordinateur :

« Clairement, les animateurs des CLSM d'Épinay-sur-Seine et Montreuil étaient beaucoup plus acculturés à ce genre de trucs, avaient beaucoup plus de temps pour faire des compte-rendus, des mails, des machins. Moi, j'ai pas eu un rôle très important là-dedans. Mais, c'est entre mon désir et le temps concret et... Enfin, eux, ils travaillent quand même beaucoup plus dans un bureau avec un ordinateur. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

3 Les phases du projet

Après avoir évoqué le déroulement de la démarche et la construction d'un collectif d'acteurs, j'évoquerai dans la section suivante les différentes phases du projet : construction d'un diagnostic et priorisation des solutions envisagées au sein des feuilles de route.

L'article introduisant le projet territorial de santé mentale dispose qu'il devait être élaboré sur la base d'un diagnostic partagé qui devait « identifier les insuffisances dans l'offre » et « préconiser des actions pour y remédier. » Ainsi, la construction d'un diagnostic est envisagée comme une étape préalable à la formulation d'un projet collectif et à la construction d'une offre suffisante.

L'ANAP, dans son guide une méthodologique « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et en santé mentale – Méthode et outils pour les territoires », formalise une démarche de construction d'un diagnostic. Le diagnostic se base sur la mise à disposition des acteurs d'indicateurs permettant de constituer une carte d'identité du territoire et de décrire

les parcours tels qu'ils existent sur le territoire (selon le modèle de la rosace et de ses cinq portes d'entrée). Il est ensuite prévu que des groupes de travail soient constitués et réunis au cours de trois séances visant à identifier les problèmes, analyser leurs causes, puis, proposer des pistes d'amélioration.

Dans un premier temps, je décris la manière dont les acteurs du territoire ont construit le diagnostic territorial partagé. Dans un second temps, j'analyse le mécanisme de construction du produit final de la démarche, c'est à dire un projet territorial de santé mentale, constitué d'un ensemble de fiches action visant à construire une offre de soins et d'accompagnement suffisante sur le territoire.

3.1 Construire un diagnostic, une affaire de données

La construction du diagnostic territorial partagé a constitué la première étape de la démarche.

Le diagnostic territorial a été construit en plusieurs étapes, par ajout de « couches successives », dans le cadre de la Commission Spécialisée en Santé mentale, de la CPT puis du PTSM. En effet, la coordinatrice du PTSM, en parallèle de son travail d'installation d'une CPT, avait reçu pour mission de structurer les travaux de la CSSM du Conseil Territorial de Santé. Dans ce cadre, elle a établi un premier diagnostic territorial afin de documenter l'offre, les besoins et les difficultés du territoire. Le document qui a été relu et amendé par les membres de la CSSM a ensuite servi de base à la construction du diagnostic de la CPT. Dans un second temps, les synthèses des échanges de chacun des quatre groupes de travail diagnostic du PTSM y ont été ajoutées.

Une grande partie du diagnostic a été construit en amont du PTSM. Ce travail de pré-diagnostic, mené par la coordinatrice du PTSM peut être décomposé en un certain nombre de tâches : sollicitation de la délégation territoriale, extraction de données de bases de données (CNAM, RIM-P ou ATIH), échange avec les acteurs du territoire, constitution d'un annuaire des professionnels du territoire.

L'ensemble de ces tâches ont en commun d'avoir pour objectif le recueil de données à la fois quantitatives et qualitatives visant à construire une cartographie du territoire (offre, ressources, besoins, problèmes). Parallèlement au recueil, un travail d'évaluation de la qualité des données et information, de sélection et de synthèse est réalisé.

Sur des points spécifiques du diagnostic, un travail de recherche plus approfondi a pu être mené : recensement de tous les projets de recherche en lien avec la santé mentale menés au sein des laboratoires de recherche du territoire ou encore réalisation d'une étude sur les 33 CMP infanto-juvéniles du territoire.

Les acteurs rapportent que la mise à disposition de données par la délégation territoriale de l'ARS a été très insuffisante, ce qui a généré une incompréhension et une frustration importante. L'équipe de coordination, en charge du travail de collecte de données, rapporte que cette étape a été pénible, longue et difficile. Pour les acteurs, ces données auraient dû leur être fournies par l'ARS. Ils considèrent qu'ils ont produit un travail qui n'aurait pas dû être le leur.

« Voilà, voilà. Je trouve qu'on a été obligé de se substituer à ce que devrait normalement faire les ARS, les directions départementales. Je pense que ces données elles existent, il y a plein d'observatoires, la CPAM en fait, l'ORS en fait... Et on a pas

forcément nous accès à tout et on s'est vraiment épuisés à essayer de constituer des annuaires à essayer etc, etc. On a beaucoup de CLS, CLSM qui ne sont pas non plus coordonnés. On s'est vraiment heurtés à une extrême solitude. Et on a fait une photo, photo qui n'est plus mise à jour. Et c'est quand même la tristesse de ces dispositifs qui réclament énormément d'énergie, beaucoup de temps, et donc d'argent. Qui a été unanimement salué et ben pas pour autant entretenu. Donc il commence déjà à dater, et probablement qu'il n'est plus à jour et ça c'est quand même très triste parce que comment faire une vraie politique si on sait pas sur quel terrain on doit évoluer ? »

(Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

L'ancien conseiller médical référent santé mentale à la DD93 interrogé dans le cadre de mes entretiens, explique que personne n'avait pour mission de fournir de telles données, qui n'existaient pas sous cette forme, et que lui-même, en interne a eu des difficultés à obtenir les données demandées par les acteurs.

« Bah je sais pas, on pouvait me demander des... Alors, un répertoire de tous les professionnels du médico-social du département. Bon bah, ça existait pas en fait. Et tous les acteurs qui travaillent sur telle question dans tel domaine. Bah ça existait pas non plus, il a fallu le construire. Toutes les données chiffrées du nombre de jours d'activité sur l'hospitalisation pour telle tranche d'âge. Bah ça existait pas non plus. Il a fallu chercher... Alors, il y a des bases de données qui sont accessibles qui sont les bases de la sécu, la plupart qui sont retravaillées pour les ARS mais après, dans l'administration, je trouve qu'il y a un culte de la donnée avec un truc où c'est une espèce de trésor qu'il faut surtout pas partager aussi où c'est compliqué. Nous au niveau départemental, il y avait plein de choses auxquelles on avait pas accès en fait et auquel il a fallu déjà se battre en interne pour obtenir des trucs pour pouvoir les

retransmettre derrière. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

La coordinatrice du PTSM, pendant cette phase de pré-diagnostic, a également rencontré des acteurs sur le territoire afin de recueillir des données plus qualitatives.

La construction du diagnostic territorial partagé s'est poursuivie avec le lancement de la première phase de la démarche d'élaboration du PTSM et la constitution de quatre groupes de travail. Les séances de travail ont respecté le découpage en trois séances définies par l'ANAP : identification des problèmes, analyse de leurs causes, proposition de pistes d'amélioration. En revanche les thématiques retenues (recherche, inclusion, pédopsychiatrie et transitions) ne correspondent pas stricto-sensu aux portes d'entrée du modèle de la rosace (accès aux soins, situations inadéquates, accès aux accompagnements, accès aux soins somatiques et situations de crise).

Des acteurs interrogés rapportent qu'une discussion initiale au sein de leur groupe a porté sur le choix des mots pour aborder le thème de leur groupe de travail ainsi que sur un travail de définition conjoint.

Plusieurs acteurs (les acteurs de la pédopsychiatrie notamment) rapportent ensuite l'émergence rapide au sein de leur groupe d'un consensus « naturel » autour des constats, des problèmes ou des besoins identifiés « de longue date » par les acteurs de terrain. Concernant la pédopsychiatrie, l'existence d'un groupe d'échange et de réflexion (Groupe Pédopsy93) a pu contribuer à former une vision commune préexistante, facilitant les discussions.

« Non, je crois que le constat principal était à peu près le même. Je pense que tout le monde fait à peu près le même constat d'une part de l'inadéquation entre les moyens et les besoins en Seine-Saint-Denis, ça je pense que c'était unanime [...]. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

« C'est ça qui se mettait à jour, là au niveau de l'inclusion, c'était un constat territorial sur la misère du territoire quoi. Tout le monde était d'accord sur ce constat là, ça faisait assez peu débat. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

D'autres acteurs, au contraire, rapportent des divergences au cours des séances de travail diagnostic portant notamment sur la priorité à accorder aux différentes problématiques à traiter et sur leur importance.

« Ouais, des sujets de tension mais ils étaient un peu prévisibles. C'est à dire que le sujet est tellement vaste pour un territoire aussi vaste et avec des partenaires aussi différents que forcément... Forcément, sur une heure et demi d'atelier, il y avait trop de temps aux yeux de certains et certaines passé sur telle ou telle thématique quoi. »
(Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Enfin, pour une des personnes interrogées, certains acteurs de terrain ne disposent pas des compétences méthodologiques suffisantes pour contribuer à la construction d'un diagnostic qui nécessite, en effet, d'être capable de développer des arguments, d'étayer ses propos, de

construire un rationnel, d'interpréter des données. Elle évoque ainsi des prises de parole d'acteurs de terrain dans les groupes de travail qui avançaient leurs idées sans les étayer (« c'est comme ça » / « tout le monde le sait »).

3.2 Construire le PTSM : sélectionner des fiches action

Les propositions du PTSM ont pour objet de remédier aux « insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services » identifiés dans le diagnostic territorial partagé afin d'améliorer l'accès « des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Ainsi, pour les financeurs, s'appuyant sur la vision développée dans le rapport Laforcade d'un « panier de soins accessibles à tous », le PTSM est envisagé comme un moyen d'harmoniser l'offre sur le territoire.

« Et, et c'est le lieu de construction des réponses aux problématiques un peu transversales qui peuvent se poser dans la région. Encore une fois, pour moi, l'enjeu du PTSM, c'est d'augmenter la couverture territoriale et... L'uniformité c'est vraiment pas le terme mais vous voyez, c'est d'aller dans le sens d'une égalité d'accès à l'offre de soins et d'éviter qu'un quartier par rapport à un autre soit défavorisé parce qu'il a atterri dans le mauvais CMP. En tout cas de pouvoir proposer des solutions sur les thématiques les plus importantes qui soient accessibles à tous finalement. »

(Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

Dans ce paragraphe, je propose d'étudier la manière dont les acteurs ont interprété et se sont saisis de cet objectif pour parvenir au produit final de la démarche : un projet territorial de santé mental constitué d'un ensemble de fiches action.

En effet, si la vision développée dans le rapport Laforcade d'un « panier de soins accessibles à tous », peut être partagée par les professionnels de terrain, elle n'a pas nécessairement prévalu dans la construction du PTSM et la sélection des fiches actions. En effet, les acteurs, souhaitent avant tout, renforcer les dispositifs et structures au sein desquels ils travaillent, développer leur activité en proposant de nouveaux services, résoudre, au moyen du PTSM, des problèmes qui se posent très concrètement dans leur activité quotidienne (par exemple difficulté de recrutement de soignants sur le territoire, organisation d'un schéma des urgences). Ainsi, l'inscription de l'ensemble de leurs projets en cours d'élaboration a pu être une stratégie poursuivie par les acteurs au cours de la démarche. En effet, les participants anticipaient le fait que l'inscription d'un projet dans le PTSM seraient un critère de sélection pour l'attribution de financements par les financeurs.

De fait, l'ARS et le Conseil départemental rapportent d'ores et déjà le consulter afin de s'assurer que leurs décisions – concernant l'offre de soins et d'accompagnement notamment – sont en phase avec le cadrage élaboré par les acteurs.

La coordinatrice du PTSM a eu un rôle majeur dans la sélection des axes de travail à la suite de la phase diagnostique. Elle rapporte qu'à l'issue de cette-dernière, une soixantaine de feuilles de route était envisageable au vu de l'ensemble des pistes d'action proposées par les acteurs.

Se basant sur des discussions avec les acteurs, douze feuilles de route ont été sélectionnés :

1. Adolescents et jeunes adultes ; 2. Rétablissement, inclusion et réhabilitation psychosociale ;

3. Hébergement et logement ; 4. Personnes âgées ; 5. Accès aux soins somatiques ; 6. Recherche ; 7. Formation ; 8. Santé mentale et prise en charge des enfants ; 9. Périnatalité ; 10. Prévention de la crise et organisation des urgences ; 11. Attractivité du territoire ; 12. Animation du territoire.

« Moi je me suis dit, on va faire 10 à 12 feuilles de route et on va voir quels genres de sujets paraissent important dans le territoire. Alors là, on s'est basés quand même beaucoup sur tout ce qu'on avait entendu, tu vois, par exemple, moi, j'ai failli rejeter la gérontopsychiatrie, enfin, la psychiatrie de la personne âgée. Parce qu'il n'y en a pas beaucoup dans le territoire, et là, effectivement les gens ont râlé, ont dit non. Parce que, ça fait partie des sujets qu'on doit évoquer. Donc j'ai gardé un groupe de travail autour de la gérontopsychiatrie. » (Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordinatrice du PTSM)

La feuille de route périnatalité a été introduite suite à une conversation téléphonique entre la coordinatrice du PTSM et une sage-femme du réseau de santé en périnatalité Naître dans l'Est Francilien (NEF) qui l'a convaincue de l'importance du sujet. Aucun acteur de la périnatalité n'ayant participé à la première étape (phase diagnostique), la coordinatrice indique qu'avant cette conversation, la périnatalité ne constituait pas pour elle un sujet suffisamment important pour faire l'objet d'une feuille de route.

L'accès aux soins somatiques ou la prise en charge des situations de crises et d'urgence constituent des priorités identifiées³⁹ par le second décret précisant les modalités de mise en

³⁹ Les autres priorités identifiées (organisation de l'offre de soins et d'accompagnement, organisation des parcours de santé, promotion des droits des patients, action sur les déterminants de la santé mentale) n'ont pas fait l'objet de feuilles de route distincte.

œuvre du PTSM. En outre, l'organisation d'un schéma des urgences constituait un problème ancien dans le département, que l'ARS avait tenté de résoudre en constituant un groupe ad-hoc, sans succès.

La feuille de route « attractivité territoriale » vise essentiellement à répondre aux difficultés de recrutement rencontrées par l'hôpital Ville-Evrard et constitue le prolongement d'une commission interne à l'établissement.

Un groupe de travail de taille restreinte (5 à 10 personnes maximum) a été constitué pour chacune des douze feuilles de route sélectionnées. Pour chaque feuille de route, le groupe de travail a établi des axes de travail et définit un certain nombre d'actions. Les acteurs présents à cette étape du travail rapportent s'être largement basés sur le travail diagnostique qui avait permis de faire émerger des pistes d'action pour répondre aux besoins identifiés.

Afin de ne pas léser les acteurs dans leurs demandes de financement futures, la coordinatrice rapporte avoir poursuivi une stratégie visant à inscrire un maximum de projets dans le PTSM. Elle a ainsi laissé la possibilité à l'ensemble des acteurs présents pendant la démarche de faire inscrire leurs projets en cours dans des fiches action du PTSM.

*« Moi je voyais gros comme une maison qu'à un moment donné, les gens de l'ARS
« C'est écrit dans le PTSM ? Ah, ce n'est pas écrit, donc on ne finance pas ». Bah, c'est évident que la bureaucratie allait agir comme ça, puisque c'est une feuille de route. C'est pour ça que moi, j'ai tout fait écrire. Je ne pense pas qu'on ait laissé de côté. »*
(Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordinatrice du PTSM)

Dans un contexte où les acteurs font régulièrement état d'un manque de ressources pour assurer et développer leur activité, il n'est pas surprenant de les voir se saisir des instruments d'action publique proposés afin d'obtenir des moyens supplémentaires. Ainsi, les acteurs ont fait figurer et prévaloir dans le PTSM des axes et actions en phase avec les thématiques prioritaires nationales, pour lesquelles ils anticipent la mise à disposition de financements.

« C'est-à-dire que, on a quand même inscrit notre PTSM et notre CPT sur les grands axes de priorité de la politique de santé mentale en France. La pédopsychiatrie, le développement et la reconnaissance de la pédopsychiatrie, le renforcement des moyens de la pédopsychiatrie font partie des axes. Tout comme les urgences, l'accès aux soins somatiques, voilà. Donc forcément que ces thématiques qui sont prioritaires, dont on sait qu'il y aura plus de moyens donnés, et que c'est là-dessus qu'on nous attend, on les a retrouvées. » (Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Le document final est un objet composite qui répond en partie aux ambitions des gouvernants, mais reflète également les intérêts des acteurs ayant participé.

Contrairement à la vision développée dans le rapport Laforcade, les acteurs n'ont pas défini un « panier de soin » minimum accessible à tous sur le territoire. En revanche, ils ont parfois adopté une approche visant à réduire ou à se prémunir d'inégalités territoriales dans l'offre de soins. Par exemple des fiches action prévoient la mise en place d'un HDJ enfants dans chaque secteur infanto-juvénile, la couverture de tout le territoire en équipe mobile de psychiatrie de

la personne âgée ou encore le développement d'une unité ambulatoire de psychiatrie périnatale (UPP) pour chacun des 5 réseaux de proximité en périnatalité du territoire.

Concernant les priorités du décret, les participants semblent les avoir en partie respectées, notamment lorsqu'elles se conjuguèrent avec leurs intérêts. On retrouve ainsi une feuille de route sur l'accès aux soins somatiques ou sur la prise en charge des situations de crises et d'urgence. Les priorités portant sur l'organisation de l'offre de soins et d'accompagnement et l'organisation des parcours de santé apparaissent également de manière transversale dans les différentes feuilles de route. On retrouve ainsi l'idée du développement de filières ou de parcours de soins spécifiques pour les adolescents / jeunes adultes présentant un trouble psychotique débutant, pour le suivi des grossesses adolescentes ou encore pour les soins somatiques chez les patients avec maladie psychiatrique chronique.

D'autres priorités ont été peu abordées. Ainsi, la question des déterminants apparaît peu dans le texte et ne semble pas avoir fait l'objet d'une réflexion spécifique. Par ailleurs, la question des droits des usagers, si elle est souvent utilisée comme un argument, semble avoir été portée par un faible nombre d'acteur et n'apparaît réellement que dans deux feuilles de route (réhabilitation psycho-sociale et animation territoriale).

4 Les effets de la démarche

Après avoir évoqué les mécanismes de construction du diagnostic et de sélection des fiches action, la section suivante s'intéresse aux effets qu'a eu la démarche sur le territoire.

Pour plusieurs raisons, il est assez difficile dans le cadre de ce travail d'évaluer ou de rendre compte des effets directs du PTSM sur l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis.

Tout d'abord, les entretiens ont été menés entre janvier et avril 2021, soit entre la fin de la rédaction du PTSM et sa validation par l'ARS et, avant la phase de contractualisation et de mise en œuvre des projets qui le constituent.

Par ailleurs, pour évaluer précisément la reconfiguration des rapports entre acteurs, il aurait fallu établir une photographie de l'ensemble des interactions entre acteurs de la santé mentale avant le début de l'élaboration du PTSM puis après. De même, pour évaluer l'impact du PTSM sur l'accès aux soins ou bien sur les parcours de soin et de vie des usagers, il aurait fallu les étudier avant et après sa mise en œuvre.

Ayant exposé les limites de la méthodologie pour rendre compte précisément des effets du PTSM, on peut néanmoins s'intéresser aux indices indirects des effets du processus de son élaboration rapportés au cours des entretiens.

J'envisage ainsi les effets de la démarche sur la reconfiguration des rapports entre acteurs du territoire, les usages qu'en font d'ores et déjà les acteurs du territoire, les effets en termes d'alignement cognitif et de circulation des idées et enfin, plus concrètement ses effets sur la réalisation de projets inscrits dans les fiches action.

4.1 Reconfiguration des rapports entre acteurs de la santé mentale

Les entretiens ont permis d'établir que le PTSM avait été un moyen d'interconnaissance entre les acteurs de la santé mentale du territoire y ayant participé. Les exemples sont nombreux et les plus significatifs seront développés plus loin. Les rencontres et le renforcement des liens opérés à travers la démarche ont facilité les échanges ultérieurs, qu'il s'agisse d'échanges d'information ou de services. Des relations ont été facilitées : on identifie les acteurs, on connaît leurs noms, leur visage, on a leurs numéros de téléphone, on n'hésite plus à les

appeler. La facilitation des échanges peut dès lors constituer une base de construction de projets nouveaux entre acteurs.

« La vertu de l'échange. Connaître un nom, un numéro de téléphone. On a pu s'écouter sur nos attentes réciproques. On a pu revisiter nos préjugés parce que bien souvent si ça marchait pas, c'est pas qu'on a des abrutis en face, c'est qu'ils nous comprenaient pas, qu'ils n'avaient pas le temps, pas de moyens, enfin voilà. » (Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

« C'est pas idéal, il y a des acteurs qui sont compliqués à toucher, ou mais je trouve que globalement, ça a permis du dialogue, des rencontres. De la facilitation dans le travail partenarial... » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Ainsi, le conseil départemental de Seine-Saint-Denis - qui s'est fortement impliqué dans le PTSM - a renforcé ses liens avec l'hôpital Ville-Evrard en nommant pour chacun des 4 Établissements publics territoriaux du département⁴⁰, un correspondant chargé des questions de santé mentale, en lien avec les services de l'hôpital. Par ailleurs, l'interconnaissance entre les deux acteurs a facilité l'accès de patients âgés hospitalisés à un EHPAD géré par le conseil départemental.

L'équipe de la Trame fait également part d'une facilitation de ses liens avec l'hôpital Ville-Evrard par le biais de son implication dans l'élaboration du PTSM : rencontre d'une psychiatre,

⁴⁰ Les Etablissements Publics territoriaux sont des structures administratives regroupant plusieurs communes, dans le cadre de la métropole du Grand Paris. La Seine-Saint-Denis en compte quatre : Plaine Commune, Paris Terres d'envol, Grand Paris – Grand Est, Est Ensemble.

chef de service à l'hôpital Ville-Evrard, qui a ensuite pris part à l'équipe projet de la Trame⁴¹, proposition par la directrice que les acteurs de la Trame siègent au conseil de surveillance de Ville-Evrard, rédaction d'une lettre de soutien au projet de la Trame par la directrice de Ville-Evrard dans le cadre du FIO ou encore, rencontre avec une psychologue de Ville-Evrard qui proposera à une animatrice de la Trame d'intervenir dans le cadre d'un DU réhabilitation psychosociale.

« Suite à ma participation au PTSM, il y a la psycho de réhab qui a participé à créer le DU de réhabilitation psychosociale qui m'a contacté et du coup, là, c'est la deuxième fois qu'avec le GEM... Qu'avec le GEM, on intervient, dans le DU de réhabilitation psychosociale. [...] Elle m'avait juste vue parce que j'animais le truc, mais moi, je l'avais pas repérée et c'est la coordinatrice du PTSM qui a dû lui filer mon numéro. [...] Et du coup, ça fait deux fois qu'on intervient une après-midi entière avec cinq - six GEMeurs pour parler du GEM, qu'est-ce que c'est que le GEM ? A tous les gens qui s'inscrivent au DU de réhab psychosociale et que c'est essentiellement des pros de Ville-Evrard. Du coup, c'est quand même pour le GEM hyper-intéressant parce que ça ancre et ça légitime vachement le GEM auprès de pleins de... C'est des éduc, des psychos, des psychomots... Du territoire. » (Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les acteurs de la Trame rapportent également une rencontre avec la pilote du réseau MAIA93, animatrice de l'un des groupes de travail, qui se matérialisera de manière très concrète :

⁴¹Dans le cadre de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle, il était nécessaire de renseigner un référent médical pour chacun des projets déposés.

« Bah moi, il y a la pilote du réseau MAIA93 avec qui après, on a quand même pas mal bossé et sur des situations et aussi très concrètement, elle nous a proposé qu'on partage des locaux quand on cherchait ensemble... Et la Trame et le MAIA93 cherchait des locaux à Saint-Denis... Ça s'est pas fait. Du coup, nous on a aménagé ici, eux là-bas mais là, par exemple, lundi prochain, on va chercher pleins de meubles qu'ils nous filent. Bon, moi quand je suis en galère sur des situations de personnes de plus de soixante ans, c'est elle que j'appelle quand même pour qu'elle m'indique la marche à suivre. C'est un lien très concret avec la pilote du réseau MAIA93. Et pour le coup, ça vient vraiment du PTSM. » (Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Autre exemple, une Médiatrice de Santé Pair (MSP) à l'association Bol d'Air a également rencontré et pu se rapprocher de professionnels de santé de Ville-Evrard :

« J'ai eu un contact avec une psychiatre et deux psychologues de Ville-Evrard, dans le but de recruter des MSP. Voilà, donc à la suite de ça, deux MSP ont été recrutés à Ville-Evrard. Enfin, à la suite de ça... C'est pas ma présence qui les a décidés à recruter deux MSP mais, j'ai participé à relire l'annonce d'emploi, on m'a demandé de faire des réunions d'informations avec les structures qui allaient accueillir ces MSP, je suis aujourd'hui en contact avec les MSP qui ont été recrutées, voilà. » (Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

La mobilité professionnelle est un exemple plus inattendu des conséquences d'une meilleure interconnaissance entre acteurs du territoire. En effet, selon les informations recueillies en entretien, au moins trois acteurs ayant participé au PTSM ont saisi des opportunités d'emploi offertes suite à des rencontres ayant eu lieu dans le cadre de son élaboration.

S'il était important de souligner le rôle qu'a pu jouer la démarche pour renforcer les liens entre acteurs, il ne faut pas le surestimer.

Rappelons en effet que le processus d'élaboration du PTSM s'est inscrit dans un tissu de relations et collaborations déjà existantes. Si, parmi les acteurs rencontrés, nombreux sont ceux qui rapportent avoir fait des rencontres significatives à travers l'élaboration du PTSM, ils sont également nombreux à indiquer qu'une partie de leur travail quotidien consiste en un « travail de réseau ».

« Il n'y a pas de réseau PTSM si vous voulez. Pour répondre à une question. Par contre, on a notre réseau UNAFAM et là-dedans, il y a les gens qu'on a rencontré au hasard de la vie et du PTSM. Voilà. Qu'on peut avoir rajouté dans nos connaissances. »

(Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

« Il n'y a pas une semaine où on rencontre pas une nouvelle structure. » (Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

« Partout dans le service, il y a cette tradition de partenariat, beaucoup plus qu'ailleurs. Ça préexistait largement, c'est pas le PTSM. Le PTSM, il nous donne l'ordre de faire des trucs qu'on faisait déjà. [...] Ça c'est bien passé dans le 93, parce qu'il y

avait déjà un travail partenarial dans le département. » (Pédopsychiatre, chef de service au sein d'un centre hospitalier général, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Il faut aussi rappeler que les acteurs rencontrés au cours des entretiens, qui sont également ceux ayant contribué de manière significative au PTSM, disposaient déjà d'une position de centralité dans le département et d'une visibilité importante (qui explique qu'ils aient été identifiés et sollicités par les pilotes du projet pour participer). C'est le cas, par exemple, de l'UNAFAM, des CLSM ou d'acteurs associatifs comme Bol d'Air ou la Trame, etc.

Pour les acteurs, si le bénéfice de la démarche en termes de rencontres et de renforcement des liens avec les autres acteurs du territoire est bien perçu, et cité comme un élément important, ils rapportent également que cette seule perspective ne saurait être suffisante pour justifier le travail et l'investissement dans la démarche :

« Et puis, il y a eu un peu le truc de dire en fait, on a aucune idée de l'enveloppe, on peut pas du tout savoir mais on mise sur les effets que toi, tu poses dans tes questions, qui sont, dans les rencontres qui se font, dans la mise en lien des gens. Est-ce que déjà ça, indépendamment de l'enveloppe concrète à la fin, c'est déjà pas un but en soi. Après, si ça, c'était le seul but en soi, peut-être c'était quand même beaucoup beaucoup de temps si c'était ça le seul but... Parce que tout le temps de rédaction que toi t'a passé, c'est derrière ton ordi tout seul. Après, avec des échanges avec plein d'autres gens, mais, je veux dire que... Vraiment chronophage et c'est pas juste du temps en réunion à discuter et à élaborer de la réflexion » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles

psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Enfin, si l'élaboration du PTSM a permis d'organiser des rencontres ou de renforcer des liens entre les acteurs, il faut nuancer le rôle propre de l'instrument. En effet, pour beaucoup d'acteurs interrogés, la coordinatrice du PTSM a eu un rôle extrêmement important dans la mise en lien des acteurs sur le territoire. Son rôle de coordinatrice, sa personnalité et son accessibilité lui ont permis d'occuper un positionnement central au sein des acteurs de la santé mentale du département :

« Mais, si on prend d'autres exemples, quand on allait, du coup en 2019, sur des événements auprès de tel ou tel... Bah, je sais pas, un événement départemental sur la santé mentale des jeunes... Et bah forcément, si je m'asseyais à côté de la coordinatrice du PTSM, elle connaissait toute la salle et donc, et ben en fait, elle me présentait tout le monde. C'est des choses vraiment bêtes, on se croirait au cocktail de chez Mr. L'ambassadeur, mais finalement, c'est ça qui permet d'avoir tel ou tel contact et de repérer un peu les gens. Est-ce que ça sert à quelque chose ? Franchement, je n'en sais rien mais ça nous permet de connaître tout le monde quoi. »

(Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Tous les acteurs interrogés ont rapporté entretenir une excellente relation avec la coordinatrice du PTSM et lui ont reconnu une finesse stratégique, ainsi qu'une vision globale des projets et acteurs du département, lui permettant d'incarner à elle-seule le projet territorial de santé mentale :

« Je pense que on a tous au moins une fois déjeuné avec la coordinatrice du PTSM... Hors réunion PTSM, c'est à dire soit quand il y avait des événements sur le

rétablissement, soit quand il y avait des gros groupes de travail je sais pas où... Et bah on en profitait et en fait on allait bouffer avec la coordinatrice du PTSM et c'est là où... Moi j'ai appris beaucoup du fonctionnement du département dans ces temps-là aussi où elle me disait « Là c'est compliqué, là, soit attentive, ça va se débloquer, là, ils sont montés au créneau, ils vont débloquer plus de sous, là un tel est parti, c'est la cata, ne les sollicite pas trop parce qu'ils sont en souffrance ». Enfin, voilà, moi elle m'a donné des infos hyper précieuses sur tout ce qui se passait sur le département, clairement. »

(Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

4.2 Usages du PTSM

Au moment de l'enquête, le PTSM de Seine-Saint-Denis n'était pas encore validé par le Directeur Général de l'ARS et n'avait pas donné lieu à une contractualisation entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire sur les actions visant à le mettre en œuvre. Pourtant, les acteurs de la santé mentale du territoire rapportaient déjà en faire usage.

Les acteurs pouvaient utiliser le PTSM comme un outil de connaissance du territoire puisque chaque feuille de route est introduite par des éléments diagnostics et un recensement de l'offre existante sur le territoire. Un acteur indiquait utiliser le PTSM comme un annuaire, en effet, la feuille de route sur le logement et l'hébergement s'accompagne d'un tableau exhaustif des structures existantes sur le territoire avec leurs coordonnées. Pour cet acteur, un problème majeur des acteurs de la santé mentale est la mauvaise connaissance des structures existantes, ce à quoi vient répondre le PTSM :

« Si on parle de l'intérêt de ce recueil, c'est son côté inventaire. Le côté inventaire presque à la Prévert. Où finalement, vous dites « Ah bah, tiens, là y'a un SAVS, là y'a un SAMSAH, vous voyez l'offre sanitaire, les équipes mobiles, etc. » Bon bah maintenant, quand vous voyez, c'est que ça existe, au moins sur le papier. » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

La plupart des acteurs interrogés, utilisaient le PTSM comme un argumentaire pour justifier des demandes auprès de financeurs ou de leur hiérarchie. En effet, les participants ont envisagé le PTSM comme un moyen d'apporter une légitimité à leurs projets, et par suite, des financements. Il est logique qu'une fois terminé, les acteurs utilisent le document en ce sens.

« Une collègue d'un CLSM a discuté avec nous pour dire que c'était fragile au CLSM, tout ça. Et on lui a passé la fiche action CLSM en disant « Voilà, par rapport à la mairie, tu peux t'appuyer là-dessus. Il y a ça qui existe, tamponné ARS » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Ainsi, le PTSM est diffusé afin d'être utilisé pour défendre des moyens :

« [Si on le diffuse] c'est pour que les gens puissent utiliser ça pour avoir plus de moyens pour pouvoir bien travailler. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Pourtant, une personne interrogée souligne la limite déjà atteinte par le PTSM comme argumentaire, en effet, alors même qu'une fiche action prévoit le renforcement des CLSM, elle voit

son poste de coordinatrice fragilisé, son territoire d'action étant étendu à une ville supplémentaire, à moyens constants.

Pour certains acteurs, le PTSM n'a qu'un intérêt limité. Il s'agit d'un simple élément de cadrage, qu'il faut citer lorsqu'on dépose un projet, comme on pouvait citer le Projet Régional de Santé auparavant :

« Bah, c'est hyper dur de savoir si ça sert ou pas... On s'en sert, mais on s'en sert dans les fiches projets, on s'en sert dans les dépôts de dossier pour dire que ce qu'on fait, ça entre dans le cadre du PTSM. Est-ce que ça marcherait moins bien s'il n'y avait pas de PTSM ? Peut-être que oui, enfin, je veux dire, on a un projet régional de santé dont on se sert pas non plus, on a... Enfin, vous voyiez, on a plein de trucs dont on se sert pas spécialement... Ca nous donne des arguments quoi. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Côté financeur, le PTSM est devenu un nouveau cadre de référence pour l'organisation des soins sur le territoire, tout projet financé doit s'y référer :

« Pour moi complètement la façon de travailler dans à peu près tous mes domaines d'activité. Encore une fois, c'est mon cadre donc c'est le point de départ quand on veut lancer des travaux régionaux sur une thématique maintenant, maintenant qu'on les a. C'est d'aller voir ce qui ressort de la part des acteurs. C'est un élément d'appréciation des projets pour dire si on les finance ou pas. » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

4.3 Circulation des idées et alignement cognitif

Le PTSM, en réunissant des acteurs de la santé mentale du territoire, issus de professions et d'institutions diverses, a pu être un espace de confrontation et de circulation des idées. Cette section s'intéresse à la manière dont les idées ont circulé au cours de la démarche, à la manière dont les désaccords se sont exprimés puis ont été traités et à la manière dont le PTSM a pu être un lieu d'apprentissage, de connaissance et de réflexion.

4.3.1 PTSM, lieu de circulation des idées et d'alignement cognitif

Dans plusieurs groupes, le choix des mots utilisés ainsi qu'un travail de définition conjointe a constitué la première étape des discussions.

Ainsi, dans le groupe réhabilitation, les échanges sur les définitions de la réhabilitation et du rétablissement ont permis d'aboutir à une définition partagée et d'inscrire la discussion subséquente dans ce cadre commun :

« Donc, ça été tout un travail de discussion avec ce groupe là sur les différences entre réhabilitation psychosociale et rétablissement, sur les dimensions plus larges que juste l'outil psychothérapeutique, etc, qui était vachement intéressant et vachement fécond. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Dans le groupe de travail sur le logement et l'hébergement, le travail de définition conjointe a été décrit comme nécessaire, afin de permettre à des gens venant d'univers différents (Social / Médico-social) et utilisant un vocabulaire technique très différent de se comprendre :

« Ce qui m'a le plus marqué, c'est ce besoin de définition des mots. C'était vraiment, pour notre groupe, fondamental. Savoir de quoi on parlait quand on parlait de mise à l'abri, d'hébergement, de logement, d'habitat inclusif... Parce qu'après, il y avait la partie qui était plus la mienne et celle qui était plus celle du secteur sanitaire et médico-social. » (Directeur adjoint Fédération d'acteurs du logement)

Après s'être accordés sur les mots et les définitions, les participants échangent et présentent leurs visions respectives des problèmes et de leurs solutions. La discussion permet parfois aux différents acteurs de faire converger leurs points de vue vers une vision moyenne partagée qui leur permettra de défendre une position commune face aux tutelles.

« Ça permet de faire un constat plus objectif au départ, de mieux observer les carences. Et peut-être que j'ai une vision différente aujourd'hui. Par exemple, le besoin d'implantation des pensions de famille et des résidences accueil sur le territoire... Bah peut-être que moi j'aurai une vision plus proche aujourd'hui de celle de la psychiatrie et du secteur « Peu importe où elle sera » ... Ça me permet d'aller voir la DRIHL derrière pour leur dire, leur argument [aux professionnels de la psychiatrie] n'est pas complètement faux. » (Directeur adjoint Fédération d'acteurs du logement)

4.3.2 Des désaccords non résolus

Dans l'ensemble, les acteurs interrogés ont rapporté peu de points de désaccord au cours de la démarche. Ils décrivent l'émergence d'un « consensus naturel » au cours de la phase du diagnostic. Il est probable que le consensus ait été facile à atteindre du fait de l'absence de choix fort à faire à cette étape de la démarche. Par ailleurs, la coordinatrice ayant fait inscrire

un grand nombre de projets dans le document final, chaque participant peut estimer y avoir trouvé son compte. Néanmoins, quelques désaccords ont pu être soulevés ou naître au sein des groupes de travail.

Parfois, le désaccord est né de la confrontation d'approches théoriques divergentes, reflet des divergences théoriques traversant le champ de la psychiatrie. Ainsi, au sein de la phase diagnostique, dans le groupe recherche, un conflit, bloquant initialement toute discussion, a opposé des acteurs s'inscrivant dans une approche psychanalytique à d'autres acteurs revendiquant une approche neurobiologique. Un membre a d'abord annoncé qu'il quittait le groupe avant de revenir après une discussion ayant permis de trouver une position d'équilibre.

Bien souvent, les désaccords rapportés ne portent pas sur les éléments diagnostics mais sur l'importance à donner à des sujets spécifiques et leur priorisation :

« Ouais, des sujets de tension mais ils étaient un peu prévisibles. C'est à dire que le sujet est tellement vaste pour un territoire aussi vaste et avec des partenaires aussi différents que forcément... Forcément, sur une heure et demi d'atelier, il y avait trop de temps aux yeux de certains et certaines passé sur telle ou telle thématique quoi. [...] Ce qui était du coup, du désaccord fondamental. C'est à dire que pour certains, c'était majeur de passer du temps là-dessus pour d'autres, c'était pas du tout la priorité. Et ça prenait la place d'autres sujets. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les discussions n'ayant pas permis de résoudre l'ensemble des sujets de conflit, certains ont été tranchés par l'équipe de coordination, d'autres ont été « mis sous le tapis ».

« Non, bah non, j'ai le souvenir de petites anicroches... On notait tout ça et on repartait avec tout. Mais bien sûr que tout n'était pas réglé et heureusement d'ailleurs. Ce serait un peu bizarre que tout le monde reparte d'accord. Et on est sur un territoire qui est quand même relativement militant et engagé, donc forcément il y a des besoins de... Il y a des demandes de reconnaissance, il y a des demandes de valorisation, il y a quand même une réflexion de la part d'un certain nombre de professionnels. » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

4.3.3 Lieu de savoir et de réflexion

Pour certains acteurs, l'élaboration du PTSM a pu être source de questionnements à l'origine d'apprentissages et de réflexions. Ainsi, des acteurs ayant travaillé à la rédaction de fiches action rapportent avoir réalisé un travail de recherche bibliographique et de lecture afin de pouvoir étayer leurs écrits, notamment sur les concepts de réhabilitation et rétablissement. Ils indiquent que le travail sur ces fiches leur a permis de consolider leurs propres connaissances théoriques mais aussi, d'en faire bénéficier leurs collègues qui n'étaient pas engagés dans la démarche :

« [En s'adressant à son collègue] Mais c'est vrai que tout ce que tu dis autour de la réhab et du rétablissement, c'est des choses que tu es venu réinjecter dans l'équipe

en amenant des éléments de contenu et de théorie que nous on avait pas. Moi je sais que moi, ça m'a appris. Tu nous faisais des petits résumés en disant « Ben voilà, il y a une telle qui a écrit ce bouquin-là, il se situe plutôt dans ce truc-là ». Et ça, c'est quelque chose quand même qui intéresse la Trame de pouvoir comprendre la théorie aussi qui est en train de se fabriquer, à partir de quoi et de pouvoir toujours choisir où on se situe par rapport à ça, non pas pour une bataille idéologique mais pour une compréhension plus fine de ce qu'on fabrique. » (Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les acteurs de la Trame rapportent également que l'expérience du PTSM a nourri leurs questionnements et réflexions sur la représentation des usagers ou sur l'articulation entre leur action et les enjeux des politiques publiques de santé mentale.

4.4 Le PTSM, outil pour faire avancer des projets

Les acteurs de la santé mentale du territoire élaborent et mettent en œuvre un grand nombre de projets, d'échelles et de natures variables. En mettant en mouvement une partie du monde social, l'élaboration du PTSM a permis à certains des acteurs de la santé mentale du territoire de faire progresser des projets existants ou d'en initier de nouveaux.

Dans un article sur les projets urbains, Gilles Pinson suggère que la démarche projet, dans le cadre des projets urbains, permet « l'accumulation de ressources financières, politiques, cognitives, organisationnelles » (18). Il qualifie cette accumulation d'« effets latéraux » du processus. De manière similaire, dans le cadre de l'élaboration du PTSM, de tels effets latéraux sont rapportés par les acteurs.

Ainsi, l'élaboration du PTSM s'est accompagnée d'effets d'interconnaissance avec le renforcement de réseaux d'acteurs et de leur disposition à coopérer, d'une accumulation de légitimité et de ressources financières ou encore d'un alignement cognitif permettant la constitution d'un cadre, de valeurs et de normes partagées. L'ensemble de ces effets, dont certains ont été développés dans les paragraphes précédents permet aux acteurs de faire progresser leurs projets ou d'en constituer de nouveaux.

Afin d'illustrer ce propos, j'évoquerai les exemples du projet de la Trame et la création d'une unité de liaison unité de liaison psychiatrique à la maternité de Montfermeil.

L'équipe de la Trame, au travers de leur forte implication dans l'élaboration du PTSM, s'est fait connaître par les principaux acteurs de la santé mentale du territoire. Leur projet est mentionné à de multiples reprises dans le PTSM, qui prévoit par ailleurs, la pérennisation du dispositif (au même titre que le dispositif porté par l'association Bol d'Air). Cette inscription dans le PTSM confère au projet de la Trame une légitimité forte : l'utilité du dispositif a été validé collectivement par les acteurs du territoire.

Au-delà de cette légitimité, la participation des acteurs de la Trame leur a également permis de compléter leur équipe projet afin de déposer une demande de financement via le fond

d'innovation organisationnelle, grâce à la rencontre avec la cheffe de service du secteur 93G02 à l'hôpital Ville-Evrard.

Enfin, les acteurs de la Trame ont pu joindre à leur demande de financement via le fond d'innovation organisationnelle des lettres de soutien de plusieurs acteurs du territoire rencontrés au cours de l'élaboration du PTSM : la directrice de Ville-Evrard ou encore la vice-présidente en charge de l'autonomie des personnes au conseil départemental et membre de l'équipe de pilotage du PTSM :

« Mais je pense qu'on peut dire que le lien avec la directrice de Ville-Evrard se fait par le PTSM. Franchement, on n'aurait pas eu de rendez-vous et de lettre de soutien si on n'avait pas fait le PTSM. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Fort de ces soutiens, la demande de financement du projet de la Trame a été acceptée lors de sa première édition du fond d'innovation organisationnelle.

L'exemple de la constitution d'une unité de liaison de psychiatrie périnatale à la maternité de Montfermeil illustre la manière dont l'élaboration du PTSM a permis à des projets nouveaux de voir le jour.

Le groupe de travail périnatalité du PTSM avait identifié un défaut dans l'offre du territoire : l'absence d'unité de psychiatrie périnatale au sein de la maternité de Montfermeil, contrairement aux autres maternités publiques du département. Afin de compléter l'offre de soins, le groupe de travail a prévu, dans le cadre d'une fiche action, la constitution d'une unité de liaison périnatale attachée à la maternité de Montfermeil. Les directeurs des hôpitaux Ville-

Evrard et de Montfermeil ont choisi, suite à la rédaction du projet, de mettre en commun des ressources financières pour financer un poste de psychiatre de liaison, rattaché à la maternité. Cet exemple illustre comment la démarche collective a permis d'établir un cadre normatif commun (nécessité de disposer d'une offre de psychiatrie périnatale dans chaque maternité publique), ainsi que l'accumulation de ressources financières et organisationnelles permettant au projet d'aboutir.

Outre la progression de projets existants et l'initiation de nouveaux projets, le PTSM de Seine-Saint-Denis a également permis d'installer des groupes de travail qui pourront suivre leur avancement ou formuler à l'avenir de nouvelles propositions, en réponse à des besoins identifiés. On peut ainsi citer la fédération des urgences psychiatriques du département issue de la commission des urgences de la Communauté Psychiatrique de Territoire ou le groupe périnatalité issu de la feuille de route périnatalité qui continue de se rencontrer régulièrement afin de suivre l'avancée des projets inscrits dans le PTSM.

5 Rationaliser les financements à l'aide des Appels à projets

En parallèle du PTSM le ministère a mis en place l'appel à projet du fond d'innovation organisationnel. Les acteurs du territoire ont construit et soumis des réponses pour la première édition du fond d'innovation organisationnelle entre les deux phases de l'élaboration du PTSM. Cette section examine comment les acteurs se sont saisis de cet instrument.

L'étude de la mise en œuvre du fond d'innovation organisationnelle permet d'évoquer, de manière plus large, la manière dont les acteurs agissent pour financer leurs projets. En effet, interrogés au sujet de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle, les acteurs rapportent que le fait que le fond soit destiné à financer des « dispositifs innovants » ne les a pas conduits à traiter différemment cet appel à projet des autres.

J'aborde successivement la question de l'accès à l'information sur les appels à projets, la « fabrication » d'une réponse et la montée en puissance d'un système concurrentiel.

5.1 Avoir connaissance des appels à projet

Répondre à un appel à projet nécessite d'en avoir connaissance. Si l'information est souvent mise en ligne et accessible à tous, les acteurs n'en prennent pas tous connaissance au même moment.

Les organismes disposant de ressources humaines suffisantes peuvent organiser une veille, en missionnant quelqu'un pour consulter régulièrement les pages des différents financeurs et identifier les nouveaux appels à projet. Certains rapportent faire ce travail de manière sporadique et moins systématique. Quelques-uns peuvent être informés des appels à projet directement, au cours d'un échange avec les financeurs, en amont ou au moment de leur publication.

Avoir connaissance des appels à projet le plus tôt possible revêt un intérêt stratégique pour les professionnels. En effet, les délais pour construire les réponses sont souvent courts. Avoir connaissance de l'information avant sa publication permet ainsi d'anticiper les projets que l'on va soumettre.

« Bah, il y a une secrétaire qui regarde régulièrement sur le site de l'ARS. [...] Euh, et puis, nous, on voit justement, en fonction de notre projet d'établissement, en fonction de ce que l'on pressent et tant qu'on n'a pas l'appel à projet, on n'a pas exactement les thématiques, les cadrages, les prérequis, mais là, par exemple, on sait qu'on risque d'en avoir un sur la périnatalité. Bah on commence déjà à y travailler sérieusement. On pense qu'il va y en avoir un sur la réhabilitation psycho-sociale, bah pareil. Enfin, voilà, on essaie d'anticiper. » (Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Ainsi, si l'appel à projet vise à « donner à chaque acteur les mêmes chances » en publiant les règles du jeu au même moment pour tous⁴², l'inégale condition d'accès à cette information crée une rupture d'égalité.

« C'est très compliqué parce qu'on manque aujourd'hui d'une veille... Alors, c'est là que on n'est pas sollicités en tant que CPT pour ça, ce qui devrait pourtant être le cas. Tout le monde n'a pas toujours l'info au même moment. Je pense que notre hôpital qui était parfois en restructuration a eu l'info un peu tard et de toute façon l'info sort tard. On nous prévient le 15 juillet, à rendre le 15 septembre. Donc en plines vacances, vous n'avez que ça à faire de faire des projets. Donc on l'a sur un peu comme ça. On n'est pas toujours bien informés. Alors il y a ceux qui sont informés, qui connaissent un appel à projet en gestation, qui ont... Voir même le début du cahier

⁴² L'information sur l'appel à projet pour le fond d'innovation organisationnelle 2019 a été publiée à des dates différentes sur les sites des différentes ARS, alors qu'il s'agissait d'un appel à projet national.

des charges et qui se préparent avant tout le monde... » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Les représentants de l'ARS peuvent informer directement un professionnel de la publication prochaine d'un appel à projet afin de l'encourager à soumettre son projet, dont ils ont eu connaissance et dont ils pensent qu'il pourrait s'inscrire dans le cadre de cet appel à projet.

Les représentants de l'ARS rapportent avoir pour objectif de financer le maximum de projets de qualité (bien construits, répondant à un besoin identifié) sur le territoire. Ils indiquent que réussir à obtenir un financement pour un projet via un appel à projet national leur permet d'économiser sur les marges régionales et leur permet de financer d'autres projets sur celles-ci.

« Pour moi, les appels à projet nationaux, je les prends surtout comme des outils pour aller chercher l'argent pour mettre en œuvre les projets prévus dans le PTSM. Pour moi, c'est purement opportuniste cette histoire-là. L'instruction qui est faite est faite avec beaucoup de conscience et de compétences par le niveau national mais eux non plus ne peuvent pas faire une instruction fine. Ils font une instruction sur dossier comme nous et ils ne savent pas en vrai la qualité de ce qui est proposé. Donc en fait c'est plutôt des opportunités pour aller chercher de l'argent. Faut pas se prendre plus la tête que ça avec les appels à projet national.

Voilà. Moi, mon but, c'est qu'ils passent aux appels à projet nationaux de toute façon, s'ils ne passent pas, je vais les retrouver sur les marges de manœuvre régionales.

Alors, les projets, encore une fois, qui tombent de la lune, qu'on n'a pas travaillé avec les acteurs, qui sont pas cohérents avec le PTSM, on soutiendra évidemment jamais sur les marges de manœuvre régionales. Mais, pour la plupart, ceux qu'on travaille ensemble, c'est des projets que je vais retrouver sur les marges régionales, donc j'ai tout intérêt à ce qu'ils passent au national, ça me fait d'autant plus de marges régionales libérées pour les autres. (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

Les représentants de l'ARS peuvent accompagner personnellement des projets auxquels ils croient et les accompagner dans leurs demandes de financement. Ainsi, l'ancien conseiller médical référent santé mentale à la DD93, de par sa participation au COPIL de la Trame connaissait le projet et son besoin d'une solution de financement pérenne (le financement accordé par la CNSA pour trois ans arrivant à son terme). Il a participé avec les acteurs de terrain à la recherche d'une solution de financement pérenne et les a informés de la parution de l'appel à projet du fond d'innovation organisationnelle.

5.2 Fabriquer une réponse à un appel à projet

Dans cette partie j'évoque la manière dont les acteurs construisent leurs réponses aux appels à projet et en particulier les réponses à l'appel à projet du fond d'innovation organisationnel.

Les acteurs de terrain rapportent qu'ils ne construisent généralement pas de projets ad hoc pour répondre aux appels à projets qui paraissent. Dans la plupart des cas, l'idée du projet existait en amont de la parution de l'appel à projet. Les acteurs l'ont formalisée pour qu'elle

« entre dans les cases » de l'appel à projet. Il leur est ainsi parfois nécessaire d'écrire et réécrire leur projet sous plusieurs formes différentes, afin de le soumettre dans le cadre d'appels à projet successifs, avant d'obtenir un financement.

« C'est un projet ancien que moi j'avais mais il n'était pas formalisé. J'avais déjà présenté un article 51⁴³ l'année d'avant qui avait été également refusé. Le seul truc qui est énervant c'est qu'à chaque fois vous avez une nouvelle grille. Un petit malin qui à la DGOS ou à l'ARS qui édite une nouvelle grille, il faut tout refaire ce que vous aviez déjà fait mais sous une forme différente. C'est horripilant. Voilà » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

La rédaction des réponses est un exercice de style que l'on peut comparer à un « bricolage » : on repart de ce que l'on a déjà écrit, on ajoute ou on enlève des « bouts », on fait des copier-coller. Il faut veiller à ce que le projet s'inscrive dans le cadre fixé : dans le cadre du fond d'innovation organisationnelle, il fallait faire la démonstration du caractère innovant de son projet par exemple. Il faut également faire référence aux cadres nationaux (Feuille de route nationale), régionaux (PRS, Feuille de route régionale) ou territoriaux (PTSM).

« Pour l'écriture, on avait du coup quand même le premier... On avait déjà des moutures parce que pour la CNSA, c'était déjà assez formalisé. On a retravaillé, réadapté. [...] A chaque fois, on réécrit des bouts, on fait des copier-coller et on ajoute... » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement

⁴³ Dispositif générique d'expérimentation issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé.

social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Outre le fait de faire entrer son projet dans la bonne case, il faut l'inscrire dans « l'ordre du discours » des politiques publiques. Ainsi, les acteurs de la Trame indiquent que s'ils ont obtenu un financement via le fond d'innovation organisationnelle, c'est parce qu'ils ont mis en avant la dimension « psychiatrie communautaire » de leur projet plutôt que la culture psychanalytique ou institutionnelle de certains membres de l'équipe.

« Je pense qu'on a obtenu des financements aussi parce qu'on s'est logés dans une place qui correspond un peu à l'air du temps, mine de rien. Ça aurait été plus difficile de créer un lieu de vie institutionnel ou une clinique privée ou quelque chose avec des mots d'ordre qui en plus sont assez critiqués par ailleurs. Que ce soit la psychanalyse ou la psychiatrie institutionnelle, etc., ça on ne le met pas beaucoup en avant. »

(Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Tout comme la participation au PTSM, la réponse à des appels à projet nécessite de disposer de temps, de ressources et de compétences. Il s'agit en effet d'une activité chronophage qui nécessite de dégager et sanctuariser du temps. Une cheffe de service de pédopsychiatrie expliquait ainsi consacrer son mois d'août, chaque année, à l'écriture des projets.

Visant à emporter la conviction de leurs lecteurs, la réponse aux appels à projet obéissent à des règles d'écriture codifiées et mobilisent des compétences pour les construire : « savoir écrire », construire un budget, un rapport d'activité, mobiliser des références scientifiques

pour construire un rationnel, mobiliser et mettre en scène un collectif et des liens partenariaux, etc. Il est plus facile pour les grandes institutions de disposer des compétences nécessaires à la construction de réponse aux appels à projets.

« Après, on a repris la main des professionnels de Ville-Evrard, on les forme à répondre à des appels à projet, on les forme à savoir écrire des articles, etc, etc... Donc, ça c'est très formateur. Et en même temps, là, on prend la main, la coordinatrice du PTSM est aidante, enfin l'administration est vraiment très au service des médecins et on leur apprend à constituer des dossiers de réponse aux appels à projets. Et honnêtement, ceux qu'on a envoyés cette année, ils étaient très bien faits, franchement, avec un projet médical, un projet de fonctionnement. Un compte de résultat, une projection de file active, des éventuelles publications et recherches qui seraient lancées en même temps, enfin voilà, un truc qui est complet. Il a fallu des années. » (Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

La construction et la mise en scène d'un collectif portant le projet constitue une étape importante de la fabrication de la réponse à un appel à projet. Le porteur du projet doit ainsi mettre en avant ses partenaires, soit y en mentionnant leurs noms et institutions, soit en joignant des lettres de soutien qu'il doit obtenir. Les collectivités locales ou l'UNAFAM sont souvent sollicités pour fournir de telles lettres.

« Il y a tout un tas d'association qui répondent, et qui viennent nous demander notre avis. Bah ils viennent surtout nous demander un soutien. Une lettre qu'ils vont mettre dans leur dossier. Voilà, c'est comme ça que ça se passe. On va faire... On va parler l'après-midi pour voir ce qu'ils recherchent et puis ça se finit... On se met d'accord sur

la rédaction d'une lettre de soutien. Voilà. » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

Montrer qu'un grand nombre de personnes ou institutions, reconnues sur le territoire, participent ou soutiennent le projet lui apporte une légitimité. Le PTSM a facilité cette partie du travail en permettant des rencontres.

L'exemple du projet de la Trame, seul projet ayant obtenu un financement en Seine-Saint-Denis via le fond d'innovation organisationnelle lors de la première édition, est emblématique. On identifie, à sa lecture, un grand nombre d'acteurs et d'institutions engagés : EPS-VE, Direction santé des villes de Pierrefitte-sur-Seine et de Saint-Denis, deux laboratoires de recherche de l'Université Paris 13, CLSM de Saint-Denis et de Pierrefite-Epinay-sur-Seine, GEM, coordinateur ASV / CLS d'Epinay-sur-Seine. Par ailleurs, plusieurs lettres de soutien sont jointes au dossier. Au cours des entretiens, plusieurs acteurs rapportent avoir relu le projet (le conseiller médical référent santé mentale à la DD93, la coordinatrice du PTSM ou encore la coordinatrice du CLSM Epinay-sur-Seine / Pierrefitte).

Des acteurs ont pour rôle d'aider à la construction des projets. Ainsi, les coordonnateurs de CLSM peuvent jouer un rôle de facilitateur entre différents acteurs du territoire et notamment entre les porteurs et les collectivités locales qui peuvent s'associer aux projets. De même, les représentants de l'ARS ont la possibilité d'apporter leur soutien (relecture, conseils sur le positionnement à adopter).

Le FIO a-t-il effectivement atteint ses buts lors de sa première édition en Seine-Saint-Denis ?
Pour rappel, la mise en œuvre des projets financés avait pour objectif de « répondre aux

besoins de transformation de l'offre de santé en psychiatrie ». Les projets devaient, par ailleurs, présenter un caractère innovant se traduisant dans « la transformation des organisations » ou « l'introduction d'une pratique, d'une intervention ou d'une procédure [...] dans un contexte nouveau ».

Aucun projet spécifique n'a été construit par les acteurs. Il s'agissait essentiellement de projets en cours de réflexion ou qui avaient déjà été soumis dans le cadre d'autres appels à projet. L'appel à projet n'a donc pas fait naître une réflexion spécifique sur le besoin de transformation de l'offre en psychiatrie, par l'innovation.

L'unique projet financé, la plate-forme de la Trame, constitue un dispositif innovant sur le plan organisationnel dont l'utilité est reconnue par bon nombre d'acteurs du territoire. Déjà présent sur le territoire depuis trois ans grâce à un financement CNSA, l'équipe du dispositif était en recherche d'une solution pour pérenniser le dispositif. En permettant son financement, le fond d'innovation organisationnelle a répondu partiellement à son objectif : s'il n'a pas été le vecteur de la transformation et de l'innovation, il permet d'en assurer la continuité.

5.3 Montée en puissance des appels à projet, déploiement d'un système concurrentiel

Dans le cadre de la réponse à la crise de la psychiatrie en 2018, deux appels à projet nationaux en psychiatrie ont été introduits en 2019 : le fond d'innovation organisationnelle, doté de 10 millions d'euros et un fond de 20 millions d'euros visant à renforcer les ressources de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Pour la référente santé mentale de l'ARS, ces deux appels à projets nationaux constituent des « temps fort de l'année ».

Les appels à projet sont également un instrument utilisé au niveau régional. Certaines actions de la *feuille de route régionale* pour la *psychiatrie* et la santé mentale de *l'enfant* et de *l'adolescent*, *par exemple*, sont financées par le biais d'appel à projet.

La montée en puissance des appels à projet, confirmée par la réforme du financement de la psychiatrie dont la dotation « nouvelles activités » sera distribuée via appels à projet, transforme le système de financement des projets en psychiatrie. Si les appels à projet s'appuient sur des règles plus transparentes et connues de tous, leur montée en puissance met en concurrence les acteurs de terrain.

« Non, non, il y a pu avoir ça, mais c'était tellement opaque la manière dont ça fonctionnait. Il n'y avait pas d'appel à projets, ils envoyaient les demandes de mesures nouvelles et puis voilà, c'était au petit bonheur la chance. Là il y a des appels à projet donc ça crée un système concurrentiel. Donc de facto, il y a eu des moments un peu difficiles et là on a essayé de se parler un peu plus, on va essayer de progresser. »

(Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Ainsi, dans le système préexistant à la montée en puissance des appels à projet, les acteurs faisaient des propositions spontanées de projets et l'administration choisissait les projets qu'elle souhaitait effectivement financer. Le système d'appel à projet inverse l'initiative : l'administration fait appel aux acteurs pour lui proposer des projets s'inscrivant dans un cahier des charges qu'elle définit.

L'utilisation d'appels à projet comporte des avantages et des inconvénients. Elle est ainsi très chronophage, à la fois pour les acteurs de terrain comme pour les pouvoirs publics. Côté pouvoirs publics, un appel à projet nécessite plusieurs opérations : rédaction de l'appel à projet et de son cahier des charges, accompagnement des acteurs dans la rédaction de leurs réponses, lecture et sélection des projets. Côté acteurs, j'ai évoqué plus haut qu'il fallait être capable de dégager du temps ainsi qu'un certain nombre de compétences pour répondre aux appels à projet.

L'appel à projet comporte néanmoins des avantages pour les pouvoirs publics qui choisissent de l'utiliser. En s'appuyant sur un cahier des charges précis, il permet de formaliser clairement les attentes du financeur et de s'assurer que les acteurs de terrain proposent une solution en adéquation avec les besoins identifiées. Il permet également de s'assurer que tous les projets respecteront des standards attendus par l'administration.

Bien que j'aie indiqué plus haut que l'ensemble des acteurs n'avaient pas accès à l'information au même moment et qu'ils ne disposaient pas tous du même temps, des mêmes ressources et compétences pour répondre, les pouvoirs publics mettent en scène la transparence de l'outil : l'ensemble des acteurs serait en position d'égalité pour répondre à l'appel à projet.

« L'appel à projet a beaucoup d'avantages en particulier celui de nous obliger à formaliser nos attentes ce qui permettra de faciliter l'évaluation et mettre sur un pied d'égalité les personnes qui répondent puisqu'elles ont toutes les mêmes informations, ça a aussi des inconvénients, notamment, c'est très lourd pour nous, c'est lourd pour les équipes à faire et c'est lourd pour nous à analyser derrière. Donc c'est vraiment

réservé à des dispositifs qui sont assez emblématiques ou qui sont encadrés par des textes nationaux qui sont... Qui sont lourds si on peut dire. Il y a, à côté, des temps d'échange beaucoup plus informels avec les établissements qui nous permettent de soutenir des projets sans forcément passer par tout ça. » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

L'AAP offre également un mode de financement rapide. Enfin, il est « visible et lisible ». De nature publique, les financeurs peuvent communiquer sur l'appel à projet afin de montrer qu'ils se sont emparés d'un problème et mis en place des solutions pour le résoudre.

L'appel à projet est également un instrument qui permet au financeur de se redonner une forme de contrôle. En effet, s'il sélectionne les projets qui seront financés à l'issue de ce dernier, il définit également, en amont les « règles du jeu » via la rédaction d'un cahier des charges. Certains acteurs de terrain peuvent être critiques par rapport aux cadres qui leur sont imposés à travers la définition de ce cahier des charges.

« Il y a une certaine idéologie. On le voit bien pour l'autisme. On veut que « ça » soit fait pour la prise en charge des enfants autistes. Ça cadre beaucoup les choses. Par exemple, les Plateformes de coordination et d'orientation doivent s'inscrire dans les recommandations HAS 2012 pour la prise en charge des enfants autistes. Dans les appels à projet, ils peuvent nous dicter comment on doit soigner les enfants. » (Cheffe de service pédopsychiatrie)

6 Point de vue des acteurs sur le PTSM et le Fond d'innovation organisationnelle

Après avoir évoqué le contexte, le déroulement ainsi que les effets de l'introduction du PTSM et du FIO, j'analyse, dans cette section, le point de vue des acteurs sur les instruments et sur la démarche. L'élaboration du PTSM a ainsi été le lieu de cristallisation et de formulation d'un certain nombre de reproches à l'encontre de l'action de la puissance publique en matière de santé mentale. J'aborderai successivement les critiques adressées à l'encontre de l'ARS puis celles à l'encontre de l'Etat.

6.1 L'ARS, une position critiquée

Les critiques adressées par les acteurs de terrain aux représentants de l'ARS sur leur rôle pendant l'élaboration du PTSM sont vives. En effet, les acteurs ont le sentiment que les représentants de l'ARS n'ont pas été suffisamment présents et qu'ils n'ont pas joué le rôle qu'ils auraient dû jouer.

« Non, l'ARS, c'est vraiment, c'est triste à dire mais le grand grand grand absent de ce PTSM et de ce diagnostic, de la CPT et de la CSSM. » « Et il n'y a eu aucun représentant de l'ARS qui est resté pour prendre des notes ou voilà. Donc, il n'y a eu aucune animation et je dirai même, aucun intérêt. Ce qui a laissé beaucoup de suspicion sur à quoi ça sert de faire ça ? » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Les acteurs de terrain et les représentants de l'ARS ont fait une interprétation différente du cadre normatif et méthodologique dans lequel l'élaboration du PTSM était censé prendre place et notamment, du rôle que l'ARS était censée y tenir. Les professionnels de terrain estiment ainsi qu'en coordonnant la démarche et en recueillant par eux-mêmes de nombreuses données, ils ont « fait le travail » à la place des pouvoirs publics. Ils estiment également que l'ARS aurait dû être davantage présente lors des réunions de groupe de travail. Si la critique est partagée par la quasi-totalité des professionnels de terrain interrogés, elle est émise de manière plus virulente par les trois acteurs de Ville-Evrard interrogés.

« La DD. On a fait vraiment son travail. Les textes disent que c'est la DD qui doit normalement être notre interlocuteur et que c'est en appui des PTSM... La DD est un acteur fondamental. Ils ont été totalement absents. » (Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

La question des données, déjà évoquée dans la partie sur la construction du diagnostic, a notamment cristallisé les reproches fait par les acteurs à l'ARS ; l'insuffisance de mise à disposition de données symbolisant le manquement de l'agence et de sa délégation.

Au-delà, des critiques centrées sur « l'absence de l'ARS » au cours de l'élaboration du PTSM, qu'il convient de nuancer, l'agence et la délégation ayant été présentes à certaines étapes de la démarche⁴⁴, la critique faite à l'ARS porte plus généralement sur le rôle qu'elle tient dans

⁴⁴ Lancement, participation du conseiller médical référent santé mentale au groupe d'animation territoriale, mise à disposition de données par le conseiller médical référent santé mentale même s'il atteste que les données ont été difficiles à collecter.

l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale sur le territoire. En effet, les acteurs de terrain lui reprochent de ne pas jouer le rôle d'animation territoriale qui devrait être le sien, c'est à dire, de ne pas suffisamment œuvrer au développement et au maintien de réseaux de professionnels de terrain. La constitution d'une feuille de route « animation territoriale de la santé mentale » – dont une fiche action prévoit le renforcement de l'animation territoriale menée par la DD-ARS - constitue une réponse à cette « mise en question de la bureaucratie sanitaire » :

« Tout le monde disait : « C'est quoi l'animation territoriale de la santé mentale ? Quel est le rôle de la DD ? » [...] Comme il y avait une mise en question de la bureaucratie sanitaire, je me suis dit on va en faire un groupe et puis, ça donnera ce que ça donnera. » (Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordonnatrice du PTSM)

Dans le paragraphe introductif de la feuille de route « animation territoriale » ainsi que lors des entretiens, les acteurs ont reproché à leurs institutions de tutelle un fonctionnement « en tuyau d'orgue ». Ils rapportent ainsi qu'il peut être difficile voire impossible de faire travailler ensemble des financeurs de natures différentes (collectivité territoriale et agence régionale de santé par exemple), des institutions dépendant de ministères différents ou, des agents appartenant à des directions différentes au sein d'une même institution :

« Ce qu'on avait constaté aussi c'est que les branches sanitaire et médico-sociale de l'ARS ne se parlent pas. C'est à dire qu'ils n'échangent pas entre eux les données. On nous demande sur le terrain mais au plus haut, ils n'arrivent pas à le faire. Ce qui est vrai également au niveau du siège. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Il faut également souligner que si les acteurs sont particulièrement critiques à l'égard de l'ARS, c'est parce que les attentes étaient fortes envers l'agence et sa délégation territoriale au cours de l'élaboration du PTSM.

« De toute façon, je pense que les uns les autres cherchaient quand même à mouiller entre guillemets, l'ARS. Parce que c'est quand même ben le... Une des choses la plus importante dans l'action et en particulier qui donne les subventions dans les appels à projets. Donc pour les professionnels, c'est fondamental quand même d'arriver à être bien avec l'ARS... » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

« Je me dis que ça aurait pu être intéressant que l'ARS, n'étant pas sur le terrain puisse avoir accès à tous les témoignages qui étaient faits à ce moment-là. C'est à dire que moi, ça ne m'a pas manqué de pas entendre l'ARS. J'avais pas besoin de les entendre là-dessus. Mais par contre, je me dis que... Ça aurait pu être pas mal de se dire que les gens de l'ARS qui travaillent sur le territoire assistent à tous les groupes pour être en lien avec les acteurs du terrain et entendent toutes les remontées, les constats, les propositions et tout. C'est plus dans ce sens-là. Je pense pas que ça a manqué au groupe l'ARS mais je pense que l'ARS a manqué un truc en assistant pas au groupe. »

(Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« Après, c'est forcément pas les mêmes attentes dans la mesure où le PTSM est censé

être porté par l'ARS. Du coup, tant mieux s'il y a le département au PTSM mais s'il n'y a pas l'ARS, il y a pas le porteur du bazar donc je pense que les attentes c'était énorme vis à vis de l'ARS alors que le département, c'était tant mieux s'ils sont là mais, c'est pas par définition le département qui est là quoi » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Les acteurs, s'ils sont très critiques envers « les représentants de l'ARS », distinguent pour la plupart le niveau régional et la délégation départementale à laquelle la plupart des critiques sont adressées. Une part importante des reproches – que l'on évoquera plus loin - est également adressée à l'échelon national : les acteurs sont notamment conscients que l'agence régionale ne fait que distribuer des crédits qui lui sont accordés.

Les acteurs sont aussi conscients des contraintes pesant sur les acteurs travaillant au sein de la délégation territoriale. Ainsi, les questions du manque de ressources humaines ou du turnover important sur les postes administratifs sont évoquées par les acteurs de terrain. Par ailleurs, les acteurs de terrain n'englobent pas l'ensemble de leurs interlocuteurs dans la critique qu'ils portent aux institutions : ils distinguent notamment les acteurs se situant à l'interface entre le monde de la clinique et le monde de l'administration évoqués plus haut.

6.2 Scepticisme sur les instruments, défiance contre l'État

Les acteurs, au-delà de la critique qu'ils portent aux institutions régionale et territoriale, expriment leur scepticisme vis-à-vis du projet territorial de santé mentale, et de manière moins marquée vis-à-vis du fond d'innovation organisationnelle.

En effet, bien qu'ils considèrent la démarche intéressante, la principale crainte des acteurs est que l'élaboration du PTSM ne soit pas suivie d'effets et que les projets ne soient ni financés, ni mis en œuvre. Tout au long de la démarche, les acteurs ont demandé aux représentants de l'ARS si les projets inscrits dans le PTSM seraient financés et comment. L'absence de réponse claire a conduit les professionnels à questionner le sens de la démarche.

« Après, il y a deux positionnements vis-à-vis du PTSM. Il y a le positionnement très optimiste et le positionnement très pessimiste. Et ça va dans les deux sens, c'est-à-dire que le PTSM, est-ce qu'on peut vraiment compter dessus et est-ce que ça aura vraiment un impact sur la politique en santé mentale ? Sur le fait que n'en découlent pas des financements. Voilà, ça c'est une chose qui revient. Voilà. Donc, oui, on en parle, le PTSM, on en parle pas mal. » (Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

« Bah, c'est hyper dur de savoir si ça sert ou pas... On s'en sert, mais on s'en sert dans les fiches projets, on s'en sert dans les dépôts de dossier pour dire que ce qu'on fait, ça entre dans le cadre du PTSM. Est-ce que ça marcherait moins bien s'il n'y avait pas de PTSM ? » (Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« On a fait bosser les gens comme des malades... [pour rien]. Mais, ça, il faut pas le dire. Ils ont posé la question à chaque fois. A chaque fois, je disais « Allez rêvons, rêvons. » Je les ai fait rêver les pauvres. A mon avis, ça va être un cauchemar. Non, il n'y aura aucun financement spécifique. La Directrice de projet Santé Mentale à la

Direction de l'Offre de soins de l'ARS, maintenant elle me le dit à chaque réunion. Les financements en psychiatrie... » (Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordinatrice du PTSM)

La coordinatrice du PTSM, dans cet extrait rapporte avoir joué une forme de double jeu : afin que la démarche puisse aller à son terme, elle a « vendu du rêve » aux acteurs, leur cachant, en partie, le fond de sa pensée.

Ayant moi-même posé la question du financement des projets inscrits dans le PTSM à la Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins au cours de l'un de mes entretiens, elle m'a indiqué que la réponse allait « surtout se construire progressivement au fil de l'eau », me précisant qu'une méthodologie pour la construction des contrats territoriaux était en attente de validation. Le ton se voulait rassurant mais la réponse n'apportait pas d'élément concret.

Outre la question du financement, les inquiétudes portent sur l'animation de la suite de la démarche qui doit débiter après la phase de contractualisation et qui vise notamment à mettre en œuvre les actions inscrites dans le PTSM. En effet, plusieurs acteurs ont suggéré qu'en l'absence de coordonnateur reprenant le rôle tenu la coordinatrice du PTSM, il était probable que la dynamique de construction de projets collectifs entre acteurs du territoire, favorisée par l'élaboration du PTSM ne « retombe », et que le projet n'ait d'autre utilité que de fournir un cadre et des arguments pour compléter des demandes de financement.

« Donc ça, c'est vraiment le grand drame et ce qu'on ne sait pas c'est qui va piloter le PTSM ? La CPT comment elle va travailler là-dedans mais aussi, il y a des moyens qui

vont être donnés, qui va les porter ? » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

« Comment et qui ? Et avec quel moyen ? Voilà, qui relance ? Qui prend la suite ou qui continue ? » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

« [Il faut] Qu'il y ait un poste de coordinateur de PTSM qui soit créé pour organiser la suite des choses. Parce que là, on est vraiment dans un moment où c'est un peu quid ? Ok, c'est écrit, c'est sorti, c'est lu, mais... Comment après ça s'organise ? Comment ça s'installe ? » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Au cours des entretiens, des acteurs ont indiqué qu'une désillusion importante risquait de survenir et de nourrir une défiance vis à vis de futures propositions si les actions du PTSM n'étaient pas mises en œuvre. En effet, si les professionnels n'ont aucune certitude quant à l'issue de la démarche, nombreux ont choisi de croire qu'il en adviendrait quelque chose de positif pour le territoire et se sont engagés quand même. D'autres acteurs, plus que de l'inquiétude ou du dépit, expriment des soupçons et évoquent une stratégie de l'État visant à gagner du temps, à « temporiser » :

« [A propos du PTSM93, dans sa version finale] Il n'y a rien à redire, c'est cohérent. Et je trouve que c'est particulièrement cohérent, c'est à dire que le diagnostic il est fait,

le bilan il est fait, les actions à mettre en œuvre, elles en découlent. C'est très très logique. Il y en a beaucoup qui recroisent finalement ce qui est aussi ciblé dans le projet régional de santé et dans la vision du pilotage régional par l'ARS à se dire on sait où il y a... Mais ça... On sait où il y a des manques ! On a beau tourner autour du pot, on le sait quoi ! Après, je trouve que faire et refaire et refaire du machin pour dire « Bah oui, c'est bien là », c'est aussi une manière de temporiser. Mais ça c'est la grande spécialité de l'administration française. En termes de santé en tout cas, d'arriver à faire travailler les gens pour temporiser parce qu'on peut pas payer tout de suite. »

(Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Ayant quitté l'administration après y avoir travaillé pendant deux ans, l'ancien conseiller médical référent santé mentale à la DD93 se montre volontiers critique vis-à-vis des instruments et du fonctionnement de l'administration qu'il a pu observer depuis l'intérieur. Psychiatre exerçant à nouveau « sur le terrain », il a recouvré sa liberté de parole de médecin. Il n'est néanmoins par le seul acteur interrogé à nourrir des soupçons vis-à-vis du PTSM.

« Ouais, et avec aussi... On sait pas trop quelle va être la suite, c'est des éléments de cadrage mais en fait... Est-ce que c'est juste un effet d'annonce politique ? »

(Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« Un des gros points de conversation quand même, c'était l'éternelle question de la ligne budgétaire pour le PTSM. Parce que c'est à dire que là où on s'est quand même...

La grosse arnaque dans toute cette histoire, c'est qu'on a toujours aucune ligne budgétaire ni identifiée, ni fléchée, ni quantifiée. Donc depuis le début, c'était vraiment notre souci au départ auprès de la coordinatrice du PTSM, de dire « Ok, on fait ça, mais est-ce qu'on sait combien va être alloué pour les projets du PTSM ? » Et au début c'était « Non, on sait pas... » Et donc, il y avait tout une stratégie de « Il faut faire peu de fiches actions pour qu'elles soient toutes financées... C'est quand même mieux, plutôt que de faire comme dans des régions où ils ont identifié 250 fiches actions et donc bah, ils en auront aucune de financé... » Enfin, mais on avançait complètement à l'aveugle, on avait aucune idée de combien et je crois que c'est toujours le cas [rires]. Même si là, on commence à se dire qu'il y aura juste pas de ligne budgétaire pour ça ! Voilà, c'était peut-être un peu l'arnaque du truc ! »

(Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Au-delà de la question de la mise en œuvre opérationnelle des projets inscrits dans le PTSM, les acteurs - tout en saluant l'idée de l'instrument, évoquant un « bel outil » ou une démarche intéressante - critiquent sa conception et la méthodologie de l'ANAP qui l'accompagne. Ils décrivent ainsi un outil complexe, « indigeste », « technocratique », « éloigné des attentes du terrain » et dont la mise en œuvre s'apparente à une « usine à gaz ».

La difficulté pour les acteurs d'initier et d'organiser l'ensemble des réunions du PTSM parallèlement à leurs propres activités, fait l'objet des principaux reproches à l'encontre de l'instrument PTSM. Ces reproches rejoignent les critiques adressées à la délégation territoriale, évoquées précédemment (manque d'accompagnement et de soutien, absence de transmission de données faisant reposer leur collecte sur les acteurs).

« Enfin moi, ça me paraissait évident parce que la grande question, quand l'instruction des PTSM est tombée, la grande question c'est « Ok, mais qui va s'en occuper ? Qui va s'en charger ? Qui... » Parce que « Oui, les acteurs vont faire ». Oui, ok, très bien, les acteurs ils vont faire mais ils ont autre chose à foutre aussi. Qui va se charger de la logistique, de l'organisation, des comptes rendus, de faire en sorte qu'on n'oublie personne, que... D'impliquer tous les gens. Enfin, c'est un vrai boulot en fait. C'est un vrai boulot à temps plein, faut être très clair. Aussi bien, en phase de diagnostic que après pour le faire vivre avec plein de guillemets, parce que je pense que c'est comme ça qu'il faut parler. Et ça c'était pas prévu dans l'instruction. Il y avait comme un espèce de truc un peu magique, c'est en ça qu'on voit que c'est vraiment un truc très techno qui descendait d'en haut. Et où ça allait se passer comme ça et que les gens allaient se mettre comme ça autour de la table, que ça allait être simple et que quelqu'un prendrait peut-être le leadership naturel des choses pour porter... »

(Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Concernant le fond d'innovation organisationnelle, les critiques sont moins nombreuses. Elles portaient notamment sur la complexité de l'outil ou sur le sens donné à « l'innovation ».

Ainsi, si les critiques portées par certains acteurs à l'encontre des instruments sont nombreuses, elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche qu'ils ont jugé intéressante, qui a fait sens pour eux, dans laquelle ils se sont engagés et qui a nourri des espoirs. L'absence d'accompagnement et de soutien des acteurs par l'ARS au cours de la démarche, l'absence de réponse claire sur les financements ou sur la suite de la mise en œuvre des projets ont

alimenté une forme de scepticisme dans un contexte de défiance des acteurs de la santé mentale vis-à-vis de l'Etat.

Discussion - quel bilan peut-on faire de la démarche ?

La dynamique du PTSM a été saluée par ses participants du territoire mais également, par des acteurs ayant une position transversale leur permettant de comparer les différents départements d'Ile-de-France.

Mon travail de thèse visait à évaluer comment la mobilisation collective autour du projet territorial de santé mentale et du fond d'innovation organisationnelle a contribué à transformer l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis. Je rappelle les principaux résultats, avant d'évoquer les points forts et les limites de cette recherche puis d'ouvrir la discussion afin de tenter de dresser un bilan de la démarche.

1 Rappel des résultats importants

J'ai souligné, dans la première partie de mon travail, que si la Seine-Saint-Denis se caractérise à la fois par des difficultés socio-économiques majeures, retentissant sur la demande de soins et d'accompagnement psychiques, et une offre de services de santé mentale inférieure à la moyenne nationale, le système de santé mentale se caractérise également par l'existence d'un grand nombre de réseaux de coopération professionnelle.

En ce sens, l'introduction du projet territorial de santé mentale et de l'appel à projet n'a pas conduit à la formation sur le territoire d'un réseau d'acteurs ex nihilo. Si ces deux instruments ont permis de renforcer un peu plus les réseaux existants et de créer quelques coopérations nouvelles, elle n'a pas entraîné de recomposition majeure des relations entre acteurs. A contrario la démarche du PTSM s'est largement appuyée sur les réseaux existants.

Plus généralement, les instruments sont travaillés dans des réseaux existants sur le territoire qui sont eux-mêmes le fruit d'une histoire locale. Ainsi, l'installation de la CPT, qui a précédé l'élaboration du PTSM, a fait suite à un mouvement social au sein de l'hôpital Ville-Evrard contre l'obligation de faire partie d'un Groupement Hospitalier de Territoire. Les responsables de l'hôpital ont utilisé la CPT pour démontrer leur capacité à collaborer avec les acteurs du territoire et obtenir une dérogation à l'obligation de faire partie d'un GHT. Obtenant gain de cause, l'hôpital Ville-Evrard, acteur historique et central du territoire, a pris le leadership de l'élaboration du PTSM, notamment par le recrutement de sa coordinatrice, médecin de santé publique, qu'il a mis à disposition du territoire.

L'une des premières étapes, après l'installation de la CPT à partir d'avril 2017, a alors consisté en la constitution d'un collectif d'acteurs sur le territoire. La construction de ce collectif a nécessité plusieurs étapes : définition du périmètre des acteurs concernés par la santé mentale, identification - en l'absence d'annuaire -, invitation et mobilisation des acteurs. Mobiliser les acteurs tout au long de la démarche a été décrit comme une tâche particulièrement difficile par la coordinatrice du projet. Pour les acteurs du territoire, s'engager dans la démarche - coûteuse en temps et en énergie -, supposait d'en attendre un bénéfice. Le PTSM a ainsi été vendu par l'administration (ARS, Ministère de la santé) et jusqu'à un certain point par ses entrepreneurs locaux (direction de Ville-Evrard) comme une promesse d'amélioration du système de soins et d'accompagnement en santé mentale. Les acteurs de terrain y ont vu un outil pour faire avancer leurs propres projets, en les faisant connaître, en faisant inscrire leur utilité dans le projet territorial après validation collective, voire en espérant obtenir un financement par la suite.

Le groupe ayant élaboré le PTSM était composé d'acteurs de la santé, du social et du médico-social. Parmi les acteurs présents, la plupart occupaient déjà une position centrale dans le département et participaient à plusieurs réseaux. Ainsi, la démarche a mobilisé des gens qui étaient déjà mobilisés, en laissant de côté d'une part les acteurs qui n'avaient pas de représentation organisée à l'échelle du département ; et d'autre part des acteurs pour lesquels la santé mentale n'est pas un enjeu central comme l'Education nationale. Les usagers ont ainsi été peu représentés, notamment du fait de la faiblesse de leur représentation sur le territoire.

Après la construction d'un collectif, un travail de diagnostic, d'élaborations de solutions et de priorisation a été mené par les acteurs après adoption d'un langage partagé et de définitions communes. L'élaboration du diagnostic a notamment reposé sur un travail difficile de recueil et de compilation de données. L'adoption du diagnostic partagé a été décrite comme « naturelle » par des acteurs s'accordant sur les besoins, « bien connus », du territoire.

A l'interface des mondes administratif et médical, le profil et la personnalité de la coordinatrice du projet ont permis la mise en lien de nombreux acteurs sur le territoire et ont été un facteur déterminant de la réussite du projet et de l'émergence d'une dynamique partenariale. D'autres acteurs se situant à l'interface entre plusieurs mondes ont également facilité la démarche en jouant un rôle de traduction entre des univers sociaux différents.

Outre les effets d'interconnaissance déjà décrits, l'élaboration du PTSM a constitué un lieu de savoir et de réflexion, un outil de connaissance du territoire, notamment, par le biais d'un annuaire intégré dans le document, et un vecteur de circulation des idées permettant l'adoption de normes et de valeurs partagées.

Au total, le PTSM a permis à la fois de faire émerger des projets, de les sélectionner et d'aligner derrière eux les acteurs de la santé mentale du département. Il existe plusieurs exemples de projets initiés ou dont la participation des porteurs à l'élaboration du PTSM a permis l'avancement.

Ce travail a également permis d'analyser les relations entre acteurs de la santé mentale et représentants de la puissance publique : la mise en œuvre du PTSM a en effet, cristallisé des reproches à l'encontre de l'action de l'Etat en matière de santé mentale. Ainsi, le positionnement de l'ARS dans le cadre de cette démarche a été difficile à trouver et jugé insuffisant par les acteurs. D'une part, les textes introduisant et accompagnant le PTSM ont fait l'objet d'interprétations différentes ; d'autre part, l'agence ne disposait pas des ressources humaines suffisantes pour animer la démarche. La position de l'ARS et son rôle dans l'animation de la santé mentale du département ont fait l'objet de nombreuses critiques par les acteurs.

Ces critiques témoignent d'une défiance profonde vis à vis de l'État et elles expriment le sentiment de crise que traverse la psychiatrie. Les acteurs locaux éprouvent ainsi une forme de scepticisme à l'égard des instruments mis en place par l'Etat. Le scepticisme vis-à-vis du projet territorial a notamment porté sur l'absence de financement ou de dispositif de suivi identifiés pour mettre en œuvre les actions inscrites, mais également sur la conception de l'instrument qui fait reposer une charge trop importante sur les acteurs.

L'étude du fond d'innovation organisationnelle a permis d'évoquer la manière dont les acteurs se saisissent des appels à projet pour financer des projets sur le territoire. En effet, les acteurs ont considéré que cet instrument était un moyen comme un autre de

financer des projets et n'ont pas ou peu considéré la dimension « innovation » de l'appel à projet. Obtenir un financement via un appel à projet suppose un certain nombre d'étapes : obtenir l'information sur l'appel à projet, construire une réponse nécessitant souvent de « faire entrer son projet dans les cases » et de mobiliser des partenaires. L'introduction récente de plusieurs appels à projet nationaux témoigne d'une montée en puissance d'un système concurrentiel entre les acteurs.

2 Points forts et limites du travail de recherche

L'un des points forts de cette recherche est qu'il s'agit, à ma connaissance, du seul travail explorant, à l'aide d'une méthodologie qualitative et de manière aussi approfondie, l'élaboration du projet territorial de santé mentale et la mise en œuvre du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie sur un territoire.

L'utilisation d'une méthodologie qualitative a permis d'appréhender un objet d'une grande complexité : l'introduction de deux instruments d'action publique au sein du système social composé par l'ensemble des acteurs de la santé mentale de Seine-Saint-Denis en interaction.

L'étude d'un large corpus documentaire a notamment permis d'objectiver l'existence de nombreux réseaux d'acteurs collaborant sur le territoire. La réalisation d'entretiens a permis d'interroger les acteurs sur le sens donné à leur engagement dans la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale et le lien entre cette démarche et leurs propres activités et projets.

Un nombre important d'entretiens a été mené sur le territoire avec des acteurs issus d'institutions et d'univers sociaux très variés (représentants de l'Etat, représentants des

secteurs sanitaire, social et médico-social, élus, représentant des usagers), dans des villes différentes au sein du département.

La retranscription de ces entretiens constitue un matériel riche. En effet, les propos collectés sont parfois divergents, voire contradictoires, reflétant les positions institutionnelles variées des personnes interrogées. La synthèse réalisée tâche de restituer la complexité de la réalité sociale observée, avec toutes ses nuances, tout en la rendant intelligible.

L'objectif de ce travail était d'apporter un éclairage à la puissance publique sur la mise en œuvre des politiques de santé mentale, afin d'améliorer leur efficacité, dans l'intérêt des patients et des professionnels. Par le biais de l'étude de l'instrumentation de l'action publique, mon travail apporte une compréhension plus fine de la manière dont les politiques publiques permettent ou non de répondre aux enjeux pour lesquelles elles ont été conçues et de la manière dont les acteurs se les approprient.

Mon travail comporte plusieurs limites. En effet, la méthodologie retenue ne permet pas de répondre pleinement aux questions portant sur les effets produits par l'utilisation des instruments sur le territoire ou sur la reconfiguration des rapports entre acteurs.

Pour plusieurs raisons, il est difficile dans le cadre de ce travail d'évaluer ou de rendre compte des effets du projet territorial de santé mentale sur l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis. Tout d'abord, les entretiens ont été menés entre janvier et avril 2021, soit entre la fin de la rédaction du PTSM et sa validation par l'ARS et, avant la phase de contractualisation et de mise en œuvre des projets qui le constituent. Il pourrait être utile de réitérer un travail de recherche, sous cette forme ou sous une autre, à distance de la

phase de contractualisation afin d'étudier si celle-ci a permis ou non la mise en œuvre d'actions prévues dans le cadre du PTSM.

Par ailleurs, la méthodologie utilisée permet seulement d'établir des indices indirects des effets de l'élaboration du PTSM sur la mise en œuvre de projets, la recomposition des rapports entre acteurs ou encore sur l'amélioration de l'accès aux soins ou des parcours des usagers. Mesurer un effet aurait nécessité de définir des indicateurs pertinents et de pouvoir les mesurer avant et après l'élaboration du PTSM. Une méthodologie différente aurait dû être mise en œuvre, avec une attention particulière sur les facteurs confondants, afin de ne pas attribuer à tort aux instruments l'avancement de projets ou l'amélioration de parcours en liens avec d'autres causes.

Par ailleurs, pour évaluer précisément la reconfiguration des rapports entre acteurs, il aurait fallu pouvoir établir une photographie de l'ensemble des interactions entre acteurs de la santé mentale avant et après le début de l'élaboration du PTSM. Ainsi, l'étude de corpus et les entretiens, si elles permettent d'objectiver l'existence de nombreux réseaux, ne permet pas de connaître l'ensemble des relations de travail existantes sur le territoire.

Seul un acteur n'ayant pas pris part à la démarche du PTSM a été interrogé dans le cadre de mes entretiens. Cela limite la compréhension des raisons de la non-participation. Par ailleurs, la plupart des acteurs interrogés étaient des acteurs centraux, participant à de nombreux réseaux locaux et très impliqués dans la démarche du PTSM. Cela peut me conduire à sous-évaluer les effets d'interconnaissance produits par le PTSM pour les acteurs ayant une position moins centrale.

Enfin, ma recherche était limitée à la Seine-Saint-Denis. Il serait intéressant de disposer de travaux analogues sur d'autres territoires.

Quelques acteurs, grâce à leur position, ont pu observer l'élaboration des PTSM sur différents territoires en Ile-de-France et rapportent l'existence de dynamiques très différentes. Ainsi, la plupart des départements ont fait appel à un cabinet de conseil afin de les accompagner dans leur démarche. Ces différences ont été mises sur le compte du leadership exercé ou non par tel ou tel acteur ou de l'existence de réseaux et collaborations de travail préexistants. Sur certains territoires, l'élaboration du projet a été décrite comme rapide mais prise en main par un acteur principal, et dès lors, peu partagée. Sur d'autres territoires, les observateurs suggèrent l'absence de réelle dynamique collective.

3 Le PTSM, un instrument médico-centré ?

Le secteur sanitaire, et en particulier l'hôpital Ville-Evrard, semble avoir joué un rôle dominant dans le PTSM. En effet, les bases de l'élaboration du PTSM (réflexion, identification des besoins, définition des axes) ont une parenté avec le projet médical de la CPT, ainsi qu'avec le projet médical d'établissement de l'hôpital Ville-Evrard. Par ailleurs, la Communauté Psychiatrique de Territoire est constituée uniquement d'acteurs sanitaires hospitaliers (directeurs d'hôpitaux, médecins, quelques paramédicaux). Enfin, l'hôpital Ville-Evrard a pris l'initiative du projet et l'a largement porté, notamment à travers la coordinatrice du projet qui lui était rattachée.

Plusieurs acteurs de terrain ont effectivement constaté le rôle central qu'a tenu Ville-Evrard, sans que cela ne soit relevé comme étant un problème.

« Dans le 93, ça a clairement bien roulé. Euh, le point... Disons que de mon point de vue... Les interlocuteurs étaient quand même assez hospitaliers puisque vraiment les interlocuteurs, ça tournait autour de l'équipe de coordination du PTSM et de la directrice de Ville-Evrard. Je sais que derrière, il y avait un travail très important de partenariat qui était fait. Nous ce que l'on voyait, les gens avec qui on parlait c'était quand même très hospitalier. » (Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

« Moi, je dirai qu'effectivement, la coordinatrice du PTSM, elle avait un rôle très central. Après Ville-Evrard, comme instance porteuse. Enfin, elle était embauchée de Ville-Evrard, quand même... Gardait une place centrale, de fait. Je pense que dans à peu près tous les groupes de travail qui sont suivis sur les fiches... Ville-Evrard était quand même assez majoritairement représenté. Il faudrait que je regarde dans le détail. En tout cas, en termes de sentiment, ouais, Ville-Evrard restait quand même très central. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« La part qui était faite aux familles aux familles et aux usagers a été un peu faible. Bon parce que la majorité de ceux qui ont participé à ça tournait autour du soin, de l'hôpital, etc. Mais, on peut difficilement le leur reprocher. Le résultat est quand même hospitalo-centré. » (Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM)

La position dominante de l'hôpital Ville-Evrard et du secteur sanitaire sur le PTSM a fait l'objet de peu de critiques lors des entretiens. Au contraire, certains acteurs des secteurs social et médico-social se sont dit satisfaits que la psychiatrie ait tenu cette place centrale dans le processus. En effet, leurs attentes vis-à-vis de cette-dernière sont importantes et la place occupée par l'hôpital au cours du processus les a rassurés sur sa capacité à répondre à celles-ci.

« Si ce n'est que l'attente vis à vis de la psychiatrie est énorme. Les autres services sont en grande souffrance. Je pense que les autres services sociaux, médico-sociaux, etc. ont des difficultés importantes donc il y a une grande attente vis à vis de la psychiatrie mais la psychiatrie n'en profite pas pour prendre un leadership énorme, j'ai pas trouvé ça moi [...], c'est pas l'impression que ça donnait. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

« Non, je dirais que c'est pas un problème dans le sens où la psychiatrie a quand même tendance un peu à disparaître. Donc qu'elle continue à porter des... Enfin disparaître, à être attaquée en termes de politiques publiques, etc, etc. Nous on est plutôt dans un mouvement de défense de la psychiatrie. On souhaite avoir des hôpitaux qui fonctionnent, des urgences qui accueillent, des lits qui puissent héberger, etc. Que l'hôpital garde un rôle central dans l'organisation du territoire, parce que ça reste quand même la porte d'entrée principale pour les gens à l'heure actuelle... Ça me paraît assez important. Donc, non, je ne trouve pas ça négatif. » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Si le PTSM peut sembler médico-centré ou hospitalo-centré, lorsque l'on étudie la composition des groupes de travail ou le contenu des fiches action du projet, cette impression s'efface partiellement.

Ainsi, l'ensemble des acteurs interrogés saluent la représentation large d'acteurs issus de différents champs au sein des groupes de travail. Par ailleurs, de nombreuses fiches action visent à mettre en œuvre des dispositifs sans lien avec l'hôpital, de manière partenariale (à titre d'exemple, on peut citer la proposition de développer les GEM et les CLSM ou de renforcer l'offre de logements adaptés). En outre, des acteurs rappellent que les secteurs de l'hôpital Ville-Evrard couvrant près de 80 % du territoire, il est normal que ses acteurs aient été fortement représentés dans les groupes de travail.

Enfin, comme le regrette une personne interrogée, si l'hôpital est encore aussi central, c'est que le concept de santé mentale, bien qu'il soit présent depuis longtemps dans le discours des politiques publiques, ne s'est pas encore véritablement traduit de manière opérationnelle sur le terrain, la psychiatrie étant encore incontournable lorsque l'on parle de santé mentale.

« C'est pas un projet médico-centré, si. Si, mais parce que, parce qu'on parle de santé mentale et qu'il faudrait, j'ai envie de dire, tout refaire de la base pour arriver à sortir la santé mentale de la psychiatrie, quoi. C'est-à-dire que je crois qu'il y a eu une volonté d'impliquer d'autres personnes et c'est déjà bien. Voilà comment je vois les choses. C'est pas parfait. Mais il y avait une volonté en tout cas. Ne serait-ce que le fait que l'animateur de la Trame participe, déjà... Le fait que j'ai été accueillie sans aucune crainte. Le fait qu'on ait accepté tout ce que j'ai proposé... Ça me laisse dire qu'il y avait une volonté de laisser de la place. Mais le fait est que la santé mentale,

c'est de la psychiatrie. Je suis pas d'accord mais c'est comme ça que ça fonctionne, quand on parle de santé mentale, on parle de psychiatrie, donc de médecine. »

(Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques)

4 Des instruments au centre de logiques antagonistes

Le PTSM et le FIO, s'ils ont été introduits successivement au cours d'une période courte et poursuivent en principe des objectifs complémentaires (identifier et rectifier les insuffisances de l'offre afin de construire des parcours sans rupture pour l'un, répondre aux besoins de transformation de l'offre pour l'autre), s'opposent par leurs logiques d'action.

Dans leur typologie des instruments d'action publique, Lascoumes et Le Galès proposent l'instrument de type « conventionnel et incitatif » qui mobilise et recherche l'engagement direct des acteurs et l'instrument de type « Normes, standards ou *best practices* » avec lequel l'État s'appuie sur des mécanismes de concurrence.

PTSM et FIO sont, l'un comme l'autre, susceptibles de produire une mobilisation sociale et de mettre en branle, à des degrés variables, des mécanismes de concurrence.

Ainsi, dans le cadre du PTSM, une concurrence a pu s'opérer au moment de sélectionner des thématiques, puis des fiches action et des projets. Mais cela s'est fait de façon inclusive en rassemblant les acteurs et en tentant de prendre en compte le maximum de projets dans la perspective de couvrir l'ensemble des besoins et de constituer une vision cohérente. Par contraste la démarche de l'appel à projet était discrète : bien que l'appel à projet indique que

les projets doivent s'inscrire dans une cohérence au niveau du territoire, le FIO soutient des projets isolés.

Ainsi, le PTSM encourage la collaboration et les échanges pour parvenir à un consensus, tandis que le FIO induit une compétition entre les acteurs du territoire. Cette compétition est organisée au niveau régional dans un premier temps, à l'occasion d'une première sélection opérée par l'ARS, puis au niveau national.

Sur le terrain, les acteurs, conscients des contradictions entre les deux logiques, doivent composer avec.

« Et puis on est surtout censé faire de l'innovation organisationnelle et puis le ministère va décider quelle est l'innovation organisationnelle qui est plus intéressante que l'autre alors que dans le PTSM, on leur demande de se mettre ensemble pour créer l'organisation eux-mêmes. Donc oui, oui, c'est complètement en antagonisme. »

(Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

« Moi je vais regarder les AAP, assez régulièrement. Après, je crois qu'on s'était dit au niveau de la CPT qu'on se tiendrait régulièrement au courant quand on voyait qu'il y avait des... Mais en fait, on joue moyennement le jeu parce qu'en fait tout le monde joue un peu pour son truc... »

(Pédopsychiatre, chef de service au sein d'un centre hospitalier général, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« Sans aller plus loin, la directrice de Ville-Evrard avait quand même fait une lettre. Elle avait quand même été embarrassée voire, à un moment, un peu douteuse parce qu'il y avait d'autres projets portés par Ville-Evrard qui étaient en concurrence, qui

l'ont pas eu. Si tu veux, elle a signé une lettre de soutien pour nous alors que même son établissement postulait à d'autres trucs... » (Animateur au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

Partager ou non l'information sur un appel à projet, signer ou non une lettre de soutien sont des dilemmes auxquels sont confrontés les acteurs du territoire mis en concurrence. La concurrence, si elle peut avoir pour effet, d'encourager les acteurs à construire des projets de meilleure qualité, peut aussi avoir des effets contre-productifs en créant des dissensions entre acteurs d'un territoire.

Si la CPT peut être l'espace de résolution de la tension née des logiques antagonistes exprimées par les deux instruments, il faut qu'on la reconnaisse et qu'on lui autorise à jouer pleinement ce rôle. Par ailleurs, il faut que l'ensemble des acteurs acceptent de « jouer le jeu » du collectif.

« Je les ai interpellés sur qu'est-ce que représente pour eux la CPT ? Si c'est juste on fait des petites réunions pour bien s'entendre... Alors qu'on nous demande de faire un projet, de faire des sortes de diagnostics et d'arbitrage déjà, de proposer des copies, à ce moment-là, qu'on nous sollicite en tant que CPT pour faire remonter les besoins quitte à part égale que les établissements soient sollicités au nom de la CPT. Là, ça n'est pas là. Ils continuent à voir chaque établissement séparément. Ce qui n'est pas sans entraîner des problèmes parce que ça veut dire que nous sommes inaudibles en tant que communauté et que ça peut entraîner des... Un manque de transparence

entre nous sur les projets... Alors, là, on a un peu résolu quand même cette année au niveau de la pédopsy, on a tous été très transparents sur ce qu'on allait présenter, en admettant qu'on serait de toute façon concurrents mais il y avait tellement de besoin mais que tous étaient justifiés. On a fait une lettre de soutien pour tous. » (Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

5 Emergence d'un sentiment de responsabilité collective

Dans le cadre des projets urbains, l'utilisation de l'instrument projet permet, selon Gilles Pinson, la « création d'une identité commune ». Selon lui, « la démarche du projet vise à construire des réseaux d'acteur mais aussi un sujet politique et une identité collective ». L'identité collective du groupe permet d'assurer sa cohésion et lui confère « une capacité d'action collective pérenne ».

Dans le cadre de l'élaboration du PTSM, nous pouvons repérer quelques indices en faveur de la formation d'un sentiment de responsabilité collective voire d'une identité commune, sous-entendu dans l'appellation « Communauté Psychiatrique de Territoire ».

Ainsi, par le biais des effets d'interconnaissance, de renforcement des réseaux et de facilitation des échanges, les acteurs rapportent avoir le sentiment, nouveau, de faire partie d'un collectif de travail qui partage une responsabilité collective.

« On avait rencontré le président du collège médical de la CPT qui était un peu le représentant de la communauté. Voilà. Mais, c'était assez épisodique, ponctuel. Là,

on est rentré dans... Ce que j'appellerai un collectif de travail, quoi. Chaque acteur a sa place mais on s'interpelle assez facilement. On s'écrit par mail... On se donne les tuyaux, des choses comme ça. » (Médecin, Directrice adjointe Enfance Famille (DEF) & Cheffe de service PMI au conseil, pilote d'un groupe de travail du PTSM)

« Et en plus, je trouve que ce qui a changé, c'est que on a moins l'idée que c'est les psychiatres tout seuls qui vont tout résoudre. Ça, je trouve que quand même c'est un truc important. Ce que j'ai senti en tout cas de la part des acteurs aux plus hautes sphères. Je parle du conseil départemental et nous. Mais même avec interlogement, c'est l'impression que ça m'a donné. C'est moins, « Ah bah, il y a un problème, c'est psychiatrique, il faut que la psychiatrie s'en occupe ». C'est beaucoup plus comment on va le faire ensemble, quels sont nos complémentarités autour de cette question. »
(Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Les échanges collectifs entre acteurs du territoire leur ont permis de mieux comprendre les contraintes pesant sur les uns et les autres. L'adoption d'une vision partagée des besoins individuels et collectifs des acteurs du territoire a constitué une base pour faire front et porter collectivement des demandes auprès des tutelles, conférant à celles-ci une plus grande légitimité.

Ainsi le directeur adjoint d'Interlogement 93 explique qu'au cours de l'élaboration du PTSM, il a changé de point de vue sur l'implantation des pensions de famille et des résidences accueil pour s'aligner sur celui des professionnels de la psychiatrie. Il ajoute qu'il envisageait à présent de porter cette vision commune auprès de la DRIHL, son financeur.

La directrice du service petite enfance du conseil départemental rapporte, elle, qu'au cours d'une réunion sur un projet sur les enfants de l'ASE à l'ARS, elle avait fait valoir le fait que la mise en place du projet aurait un impact sur la charge de travail des services de pédopsychiatrie et qu'il faudrait en tenir compte sur les moyens qu'on leur donne. Au-delà de ces exemples d'acteurs, qui individuellement, plaident la cause de leurs partenaires, la CPT a également pu tenir un rôle de porte-parole pour les acteurs du territoire.

« La CPT en tant qu'institution était un interlocuteur direct quand il y avait des...
Quand eux ils avaient des demandes et des revendications à faire. Voilà. C'est à dire, c'était « Courrier envoyé au DG de l'ARS, signé CPT de Seine-Saint-Denis ». »
(Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

Deux exemples permettent également d'illustrer la manière dont les acteurs, face aux mécanismes de mise en concurrence des appels à projet ont fait bloc, revendiquant une responsabilité territoriale partagée.

Premièrement, dans le cadre d'un appel à projet régional publié en septembre 2020 et portant sur la prise en charge des situations de crise en pédopsychiatrie, l'ensemble des chefs de service concernés ont décidé de ne pas répondre individuellement à l'appel à projet. Après concertation, au sein de la commission pédopsychiatrie de la CPT, ils ont contraint l'ARS à répartir l'argent entre chacun des acteurs du territoire afin de renforcer leurs moyens respectifs. Dans cet exemple, la CPT, qui n'avait pas été considérée initialement comme un interlocuteur par l'ARS, s'est imposée comme tel.

Le second exemple concerne un appel à projet national sur l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme, publié en juin 2018. Dans le département, les acteurs, via la CPT, ont fait le choix de se fédérer derrière le CHU Avicennes qui, seul, a produit

une réponse. Les autres acteurs de la pédopsychiatrie du territoire l'ont soutenu en rédigeant une lettre de soutien conjointe. Ainsi, les acteurs, pris dans des logiques antagonistes de concurrence (AAP) et de collaboration (PTSM), ont fait le choix de privilégier la collaboration, en contournant l'usage des instruments déployés par leurs financeurs.

Si ces situations apparaissent exemplaires, donnant le sentiment d'une cohésion forte entre les acteurs, plusieurs facteurs constituent des freins au maintien d'un sentiment de responsabilité collective sur le territoire. Tout d'abord, pris entre des injonctions contradictoires (concurrence / collaboration), certains acteurs préfèrent encore « jouer individuellement » et ne tiennent pas leurs engagements vis-à-vis des autres membres de la CPT, en déposant des projets sans en informer leurs pairs.

Par ailleurs, l'ARS, bien qu'elle considère la CPT comme « le lieu de résolution de problèmes qui se posent à l'échelle territoriale », ne la sollicite pas directement en tant qu'interlocuteur, ce que regrettent les acteurs qui la composent.

En outre, si la CPT est censée incarner l'identité commune et la responsabilité collective des acteurs du territoire, elle rencontre plusieurs limites. Premièrement, les acteurs rapportent que depuis la fin de la rédaction du PTSM, la CPT ne se réunit plus ou très peu. La présidence du collège médical est vacante depuis le retrait du pédopsychiatre, chef de service à Ville-Evrard, qui l'occupait jusqu'alors. Par ailleurs, si l'instance est censée faire vivre un projet construit collectivement par l'ensemble des acteurs de la santé mentale, elle est résolument médicale et sanitaire dans sa composition et son fonctionnement n'est pas transparent pour les acteurs du territoire, dont une grande partie ignorent son existence ainsi que les sujets qu'elle traite.

« Mais après, je trouve que la communauté psychiatrique de territoire, je vais être honnête, je ne sais pas ce qu'elle est devenue en plus. Je suis plus à l'ARS depuis le mois d'avril, ça va faire bientôt un an. Je crois que j'en ai pas entendu parler. Ce qui est dommage parce que pour moi, je pense que c'est une instance primordiale et c'est le... Alors, je sais qu'elle vit, il doit y avoir des trucs qui se font, des réunions... Et ils travaillent, mais travaillent à quoi, je ne sais pas, quel est le retour, je ne sais pas... J'ai pas à le savoir, je ne suis pas à l'ARS... Mais en même temps, si j'ai à le savoir parce que je suis professionnel du territoire. Et la mission pour moi de la CPT, c'est aussi d'englober tout le territoire, tous les professionnels, porter du projet aussi pour le département. Mais aussi de faire savoir ce qu'ils font quoi. Je sais pas ce qu'ils font là. Et c'est un des gros problèmes je trouve. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

6 Une nouvelle répartition des pouvoirs ?

Par opposition au Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS, l'initiative et l'élaboration du PTSM appartiennent en principe aux acteurs de la santé mentale du territoire qui identifient eux-mêmes leurs besoins et les solutions adaptées. Bien que le PTSM soit ensuite validé et arrêté par le Directeur Général de l'ARS et fasse l'objet d'un contrat territorial de santé mentale, on peut se demander jusqu'à quel point ce nouvel outil a contribué à déplacer les rapports de pouvoir entre acteurs de la santé mentale, représentants de l'État et collectivités territoriales. S'il est difficile d'établir, au terme de ce travail, si l'introduction des projets territoriaux de santé mentale constitue un réel changement de paradigme, - d'autant plus que la phase de

contractualisation n'a pas encore pris place - les éléments issus des entretiens permettent d'ouvrir la discussion et la réflexion sur cette question.

En élaborant un diagnostic territorial partagé puis un PTSM, les acteurs se sont dotés d'un cadre visant en partie à organiser l'offre de soins sur le territoire. Ce-faisant, ils ont réalisé des arbitrages sur les actions à inscrire dans le projet et à prioriser. Tout en ayant conscience que la construction du PTSM ne s'accompagnerait pas nécessairement de financement spécifique, les acteurs ont néanmoins choisi de participer, considérant qu'élaborer un tel cadre eux-mêmes revêtait un intérêt stratégique.

Pourtant, le PTSM n'est pas opposable. Il n'est pas contraignant pour l'ARS qui peut choisir ou non d'inscrire son action en cohérence avec le PTSM. Le financement des projets et l'autorisation des structures restent des prérogatives de l'ARS.

En Seine-Saint-Denis, les acteurs indiquent qu'ils souhaitent que l'ARS inscrive son action en cohérence avec le cadre – le PTSM – qu'ils ont bâti :

« Si on prend des acteurs comme l'ARS. J'espère que les appels à projet correspondent exactement à ce qu'il y a dans le PTSM. C'est à dire qu'ils doivent plus venir d'en haut mais ils doivent se nourrir de ce qu'il y a dans le PTSM et correspondre au PTSM. »

(Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM)

Si les représentants de l'ARS indiquent qu'ils tiennent désormais compte systématiquement du PTSM pour planifier l'offre de soins, ils se réservent également le droit de s'en écarter afin de poursuivre d'autres objectifs ou d'inscrire leur action dans d'autres cadres.

« Après, au niveau régional, on fournit des outils dont les gens se saisissent ou pas. Ce qui peut arriver c'est que l'ordre de priorité régionale soit pas tout à fait le même que l'ordre de priorité local et ça, ce sera le job justement du contrat et de la phase de contractualisation de se mettre d'accord. Un exemple qu'on a eu récemment, c'était celui de la feuille de route... De la deuxième action de la feuille de route pédopsy qui concernait des dispositifs ambulatoires pour l'accueil de la crise en pédopsy. On a... Finalement, on a eu beaucoup de réponses sur cet appel à projet. Mais on a vu qu'il y avait des territoires où ça arrivait pas au bon moment. En particulier dans le 93, ils avaient bien prévu ça, ils avaient marqué des actions en ce sens dans la feuille de route à part qu'ils les avaient pas priorisé et... Je pense que ça les a un peu perturbés de devoir travailler là-dessus avant d'avoir fait passer leurs propres priorités. [...] Mais là j'ai bien senti que en fait la feuille de route régionale leur demandait d'aller sur quelque chose qui n'était pas à côté de leur priorité, mais ce n'était pas leur priorité. Ils auraient préféré faire ça dans un autre ordre. »

(Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF)

Cet exemple se rapporte au financement par l'ARS d'une action de sa feuille de route régionale sur la pédopsychiatrie ne correspondant à aucune fiche action du PTSM de Seine-Saint-Denis. Cette non-prise en compte, par l'ARS, du PTSM comme cadre d'action a pu entraîner une frustration chez les acteurs qui demandent que la communauté qu'ils forment (via la CPT) soit reconnue comme un interlocuteur à part entière.

La question de la convergence entre les différents cadres d'action (Feuilles de route régionale, PRS, PTSM, etc.), se pose également, ainsi que celle du mode d'arbitrage qui sera retenu en cas de divergence entre les textes.

« Autant le PRS – c’est ce que je leur disais – le PRS vient d’en haut et est très descendant par rapport à ce que nous on identifie, autant ben là, ça vient d’en bas, et il va bien falloir à un moment ou à un autre... C’était une grande question qui se posait parmi tous les référents santé mentale de la région : comment on va faire ? Il va bien falloir qu’à un moment ou à un autre, le PTSM et le PRS se rejoignent pour... Et on imagine qu’ils vont cibler les mêmes besoins [Rires] et les mêmes priorités... Donc, bon, il va bien falloir à un moment où à un autre que ça se rejoigne aussi parce que, que ça s’articule et que ça cible un peu les mêmes choses. Ben parce que, faut pas se leurrer quoi. Il y a pas une manne financière non plus qui va nous tomber dessus d’un coup quoi. Donc à un moment ou à un autre, il faudra prioriser les choses. Il faudra dire « Ok, on part là-dessus, on part là-dessus et ça ce sera pour plus tard et... ». Qui tranchera à ce moment-là de qui fait quoi, en premier, etc. ? Donc ça c’était une grande question à laquelle on a jamais eu de réponse. » (Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93)

A à ce stade, les acteurs ont acquis un pouvoir limité face à l’ARS. Le recours à des instruments de mobilisation sociale octroyant davantage d’autonomie aux acteurs n’est pas nécessairement synonyme d’un effacement de l’État. Paradoxalement en renforçant les acteurs locaux – en les mettant face à leurs responsabilités – on renforce l’Etat et son représentant local – l’ARS – qui a maintenant un interlocuteur constitué à qui il peut imposer plus simplement sa vision.

Enfin, la mise en œuvre du Fond d'innovation organisationnelle, a redonné du pouvoir d'agir à la DGOS, de manière ponctuelle. En effet, si les agences régionales de santé ont pour rôle de classer les projets, et de prioriser ceux à financer, le cahier des charges et le choix final reviennent à l'administration centrale qui affirme sa volonté.

Conclusion

Complexité des trajectoires des maladies mentales, travail de coordination qu'elles appellent de la part des professionnels, difficulté à constituer une offre de soin répondant effectivement et de façon équitable aux besoins sur l'ensemble du territoire : voici quels étaient les points de départ de ce travail de recherche.

S'il est difficile d'établir, à ce stade, si l'introduction du PTSM a effectivement contribué à l'amélioration de l'accès aux soins, la démarche a suscité un engouement important et des espoirs en Seine-Saint-Denis. En produisant des effets d'interconnaissance, une réflexion et un savoir sur le territoire, en favorisant la circulation des idées, l'adoption de normes et de valeurs partagées, le PTSM a agi comme un catalyseur de projets. Il a facilité leur mise en œuvre par l'accumulation de ressources financières, politiques, cognitives et organisationnelles.

Dans le cadre des projets urbains, Gilles Pinson, indique que le projet « n'est pas uniquement un produit fini, mais un instrument de dialogue et de négociation ». Il permet de constituer, de renforcer, de stabiliser des réseaux d'acteurs à travers la mise en œuvre d'habitudes de travail commun afin de maintenir un niveau élevé de coopération et d'interaction entre acteurs.

De même, la démarche des PTSM peut être perçue comme étant utile à un double niveau : d'une part, elle a permis la formalisation d'un projet ; d'autre part, elle a produit des effets d'interconnaissance et de coalition entre acteurs grâce à l'ouverture d'espaces de négociation et d'interaction.

Néanmoins, il existe un risque que le niveau de coopération atteint grâce à la démarche ne se maintienne pas. En effet, les acteurs rapportaient au cours des entretiens un état d'incertitude quant au devenir du PTSM et de la CPT. Le besoin d'un dispositif permettant de porter le suivi de la démarche était fortement ressenti sur le terrain. En effet, à quelques exceptions près, les groupes de travail du PTSM ne se sont pas réunis à l'issue de son élaboration. Le fonctionnement de la CPT, censée porter le suivi du projet, était à l'arrêt. Enfin, la coordinatrice du projet avait fini sa mission et son contrat de travail se terminait.

En outre, les acteurs sont dans l'attente d'une clarification sur les financements destinés à mettre en œuvre les actions du projet et d'une impulsion politique plus forte qui leur permettrait d'intéresser l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale dans la démarche, y compris ceux dépendants d'autres ministères de tutelle.

L'enjeu est de taille. En effet, au-delà de la mise en œuvre de projets visant à améliorer l'offre de soin et les parcours, il s'agit de rétablir la confiance des acteurs en la capacité de l'État à mener une réelle politique de santé mentale, dans un contexte de crise de la psychiatrie et de besoins exacerbés par la crise du coronavirus.

Mon travail ouvre également plusieurs perspectives de recherches complémentaires. Il pourrait ainsi être utile de réitérer un travail de recherche sur le même territoire à distance de la phase de contractualisation afin d'étudier si celle-ci a permis ou non la mise en œuvre d'actions prévues dans le cadre du PTSM. En outre, il pourrait être intéressant de mener une enquête similaire dans un autre département que la Seine-Saint-Denis afin de comparer la mise en œuvre des instruments sur des territoires différents.

Bibliographie

1. Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Social organization of medical work. Routledge; 2017.
2. Henckes N. Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970 [Internet] [phdthesis]. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS); 2007 [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00769780>
3. Demailly L, Maury C. 1-Continuités et inflexions de la politique du soin psychique 1950-2011. In: La politique de santé mentale en France. Armand Colin; 2012. p. 15-28.
4. Henckes N, Azevedo M, Quintin A. Loger et Soigner. Une sociologie d'un dispositif médico-social: les appartements accompagnés en santé mentale [PhD Thesis]. CERMES3; Santé Mentale France; Fondation de France; 2018.
5. Piel DE, Roelandt DJ-L. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. :86.
6. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. France: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2016;
7. Weber M. Economy and society: An outline of interpretive sociology. Vol. 1. Univ of California Press; 1978.
8. Foucault M, Senellart M, Ewald F, Fontana A. Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978. Paris: Seuil : Gallimard; 2004. 435 p. (Hautes études).
9. Foucault M. Surveiller et punir. Naissance de la prison, Gallimard, Paris. 1975;
10. Desrosières A. La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique. Paris, La Découverte. 1993;
11. Lascoumes P, Le Galès P. Gouverner par les instruments. 2004.
12. Hood C. The tools of government. Springer; 1983.
13. Lascoumes P, Simard L. L'action publique au prisme de ses instruments. Revue française de science politique. 2011;61(1):5-22.
14. Strauss A, Schatzman L, Bucher R, Ehrlich D, Sabshin M. L'hôpital et son ordre négocié. La trame de la négociation. 1992;87-112.
15. Strauss A. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. 1992;10(4):154-7.

16. Epstein R. Gouverner à distance. Quand l'Etat se retire des territoires. *Esprit* (1940-). 2005;96-111.
17. Ferguson Y. Politiser l'action publique: une approche par les instruments: le cas du programme Constellation [PhD Thesis]. Université Toulouse le Mirail-Toulouse II; 2014.
18. Pinson G. Le projet urbain comme instrument d'action publique. *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po. 2004;199-233.
19. Breton É. Répondre à l'appel (à projets). *Politix*. 7 août 2014;N° 105(1):213-32.
20. Tricoire A. L'impact des critères de sélection des programmes de financement sur les pratiques scientifiques. *Innovations*. 14 oct 2011;n°36(3):41-63.
21. Barrier J. La science en projets : financements sur projet, autonomie professionnelle et transformations du travail des chercheurs académiques. *Sociologie du travail*. 1 déc 2011;53(4):515-36.
22. Jouvenet M. Profession scientifique et instruments politiques: l'impact du financement «sur projet» dans des laboratoires de nanosciences. *Sociologie du travail*. 2011;53(2):234-52.
23. Article L313-1-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031728512/2019-07-26/
24. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter; 1967. 292 p.
25. Schatzman L, Strauss AL. *Field Research: Strategies for a Natural Sociology* [Internet]. Prentice-Hall; 1973. (Methods of Social Science Series). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=FbdPAAAAMAAJ>
26. Strauss AL, Cambridge University Press. *Qualitative Analysis for Social Scientists* [Internet]. Cambridge University Press; 1987. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=y16ww5ZsJOAC>
27. Strauss A, Corbin JM, SAGE. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques* [Internet]. SAGE Publications; 1990. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=nvwOAQAAMAAJ>
28. Glaser BG. *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory* [Internet]. Sociology Press; 1978. (Advances in the methodology of grounded theory). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=73-2AAAIAAJ>
29. Cornut-Gentile F, Kokouendo R. Rapport d'information sur l'évaluation de l'action de l'Etat dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis [Internet]. ASSEMBLÉE NATIONALE; 2018 mai [cité 30 juill 2021]. Report No.: 1014. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/38105-action-de-letat-en-seine-saint-denis>

30. Rinck F. L'analyse linguistique des enjeux de connaissance dans le discours scientifique. *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2010;4(3):427-50.
31. Latour B, Fabbri P. La rhétorique de la science: pouvoir et devoir dans un article de science exacte. *Canadian Journal for Studies in Discourse and Writing/Rédactologie*. 2000;16(1):87-114.
32. Livre blanc sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Seine-Saint-Denis. Remis à M. Blanchard, directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale; 2003 juin.
33. Marques A, Azocar B, Daoud V, Laffaille M. Formation action sociale/santé mentale: évaluation d'impact. *L'information psychiatrique*. 2013;89(1):43-9.
34. Arcella-Giroux P, Quintin A. Situations complexes dans la cité: naissance d'une réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD). *Pratiques en sante mentale*. 2019;65(4):17-22.

Annexes

Annexe I - Liste des entretiens

| Code | Statut | Institution | Sexe | Tranche d'âge | Date de l'entretien | Durée |
|------|---|---------------------------------------|--------|---------------|---------------------|-------|
| 1 | Médecin de santé publique, chargée de mission à l'hôpital Ville-Evrard, Coordinatrice du PTSM | EPSM | F | 60-69 ans | 14/01/2021 | 1H57 |
| 2 | Psychiatre, chef de service et président de la CME à l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM | EPSM | H | 40-49 ans | 18/01/2021 | 0H56 |
| 3 | Représentant des familles, membre du comité de pilotage du PTSM | Association représentant les familles | H | 70-79 ans | 20/01/2021 | 1H33 |
| 4 | Directrice de l'hôpital Ville-Evrard, membre du comité de pilotage du PTSM | EPSM | F | 60-69 ans | 27/01/2021 | 1H12 |
| 5 | Directrice de projet Santé Mentale à la Direction de l'Offre de soins de l'ARS IDF | ARS | F | 40-49 ans | 5/2/2021 | 1H20 |
| 6 | Animateurs au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, pilote d'un groupe de travail du PTSM | Association | F H | 30-39 ans | 10/2/2021 | 1H56 |
| 7 | Psychiatre, Ancien Conseiller médical référent santé mentale à la DD93 | DD93, ARS | H | 40-49 ans | 1/03/2021 | 1H51 |
| 8 | Médiatrice santé pair, Animatrice au sein d'une association fournissant un accompagnement social aux personnes atteintes de troubles psychiatriques | Association | F | 30-39 ans | 2/3/2021 | 1H06 |
| 9 | Psychologue, Coordinatrice CLSM, pilote d'un groupe de travail du PTSM | Collectivité territoriale | F | 30-39 ans | 4/3/2021 | 1H06 |
| 10 | Pédopsychiatre, chef de service au sein d'un centre hospitalier général, pilote d'un groupe de travail du PTSM | Centre hospitalier Général | F | 50-59 ans | 20/4/2021 | 1H05 |
| 11 | Directeur adjoint Fédération d'acteurs du logement | Fédération d'acteurs du logement | H | 40-49 ans | 21/4/2021 | 1H15 |
| 12 | Maire-adjointe, en charge de la santé | Municipalité du département | F | 50-59 ans | 23/4/2021 | 0H58 |
| 13 | Vice-présidente au conseil départemental, chargée de l'autonomie des personnes âgées et handicapées, membre du comité de pilotage du PTSM | CD | F | 30-39 ans | 27/4/2021 | 0H49 |

| | | | | | | |
|----|--|----|---|----------------------------|-----------|------|
| 14 | Médecin, Directrice adjointe Enfance Famille (DEF) & Cheffe de service PMI au conseil départemental, pilote d'un groupe de travail du PTSM Cheffe de service adjointe PMI | CD | F | 60-69 ans 30-39 ans | 30/4/2021 | 0H55 |
|----|--|----|---|----------------------------|-----------|------|

Source : [Réalisation personnelle]

Annexe II – Grille d’entretien

| | |
|---|--|
| Enquêté | Statut ? Parcours professionnel ? Institution ? Depuis combien de temps travaillez-vous sur le territoire ? |
| Collaborations préexistantes | Avant le PTSM, aviez-vous déjà participé à des projets collectifs de ce type, sur le territoire ? Aviez-vous déjà travaillé avec des personnes présentes ? Dans quel cadre ? Sur quels projets ? Êtes-vous inscrit dans des réseaux / groupes d’acteurs sur le territoire ? Qu’est-ce que vous y faites ? Participez-vous à la Communauté psychiatrique de Territoire ? Comment qualifiez-vous le niveau de collaboration des acteurs de la santé mentale en Seine-Saint-Denis avant sa mise en œuvre ? |
| Participation / Constitution du collectif | Comment êtes-vous entré dans le dispositif ? A quel moment ? A quel titre ? Avez-vous contribué au choix des participants ? Est-ce qu’il a manqué des acteurs (soit qu’ils n’ont pas été invités, ont refusé, ou ont peu participé) ? Quels ont été les enjeux de votre participation ? |
| Comité de pilotage | Comment le comité de pilotage a-t-il été mis en place ? Par qui ? Y-a-t-il eu des discussions autour du choix des différents membres ? |
| Réunions de travail | A quel groupe(s) de travail avez-vous participé ? A quelle feuille(s) de route avez-vous participé ? A combien de réunion du PTSM avez-vous participé ? Où ont-elles eu lieu ? A quelle heure ? Combien de personnes étaient présentes ? Y avait-il des absents ? Connaissez-vous tout le monde ? A côté de qui étiez-vous assis ? Avez-vous tous les numéros de téléphone des uns des autres ? Comment se sont passées les séances ? De quoi avez-vous parlé ? Comment ? Y avait-t-il un ordre du jour ? Était-il respecté ? Comment avez-vous sélectionné les fiches action à inclure dans le projet ? Quelles discussions y a-t-il eu ? |
| Travail en dehors des réunions | En dehors des réunions, comment avez-vous participé au projet ? En dehors des réunions, avez-vous eu des échanges portant sur le PTSM ? Dans quel cadre ? Avec qui ? |
| Diagnostic territorial | Comment le diagnostic territorial a-t-il été construit ? A-t-il fait consensus ? |
| Place des différents acteurs dans la démarche | Qui a eu un rôle moteur ? Des acteurs ont-ils dominé le processus ? Avez-vous trouvé difficile de faire valoir votre point de vue ? Y a-t-il eu des sujets de tension / de désaccords ? Comment les différents ont-ils été tranchés ? Quelles étaient les positions des différents acteurs ? Dans le projet, quelles ont été les places du CHU, du CHS, des psychiatres, des professionnels de santé libéraux, des usagers, des acteurs privés du territoire, des élus, des associations, des acteurs du médico-social ? |
| Effets du PTSM | Avez-vous utilisé le PTSM depuis la fin de sa rédaction ? Quel usage en faites-vous ? |

| | |
|---------------------|--|
| | <p>Avez-vous enregistré les adresses courriels ou les numéros de téléphone de personnes rencontrées au cours du PTSM ?</p> <p>Avez-vous eu des échanges avec des participants depuis ? Lesquels / dans quel contexte ?</p> <p>Avez-vous prévu de collaborer avec des acteurs rencontrés au cours du projet sur de nouveaux projets ?</p> |
| Rapports avec l'ARS | <p>Avez-vous rencontré des représentants de l'ARS au cours du projet ? Qui ? A quelle occasion ? Quels rôles ont-ils joué ?</p> <p>Qui sont vos interlocuteurs habituels à l'ARS et quels sont vos rapports avec eux ? Est-ce qu'ils ont changé au cours du projet ?</p> |

Fond d'innovation organisationnelle :

| | |
|-------------------------------------|---|
| Genèse du projet | <p>Comment êtes-vous entré dans le projet ? A quel moment ? A quel titre ? Qui vous a sollicité ?</p> <p>Le projet existait-il déjà ou a-t-il été construit pour la réponse à l'appel à projet ? Aviez-vous déjà demandé un financement pour le mettre en œuvre ? A quel financeur ?</p> <p>Aviez-vous déjà l'expérience d'appels à projet de ce type ?</p> |
| Rapports entre acteurs | <p>Comment avez-vous travaillé avec les personnes extérieures à votre institution ?</p> <p>Parmi les partenaires indiqués, y en a-t-il que vous avez rencontré dans le cadre du PTSM ?</p> |
| Rapports avec la puissance publique | <p>Comment avez-vous travaillé avec les représentants de l'ARS sur le projet ? Avaient-ils connaissance du projet avant sa soumission ?</p> <p>Avez-vous reçu de l'aide des pouvoirs publics pour formuler votre projet ?</p> |

Source : [Réalisation personnelle]

Annexe III – Réponses à l'édition 2019 de l'appel à projet du FIO en Seine-Saint-Denis

En 2019, cinq projets ont été soumis à l'ARS en Seine-Saint-Denis lors de l'appel à projet pour un financement via le fond d'innovation organisationnelle. Un projet a été retenu pour un financement : le projet de la Trame, plateforme d'inclusion citoyenne.

| Titre du projet | Institutions / Porteur de projet | Partenaire | Résumé |
|---|--|---|---|
| Unité d'Enseignement <i>family school</i> | EPS Ville-Evrard Référént médical : Pédopsychiatre, Chef de service, vice-président CME Ville-Evrard, président collège médical CPT | Education Nationale ASE UNAFAM Conseil Départemental Collectivités territoriales de Noisy-le-Grand / Clichy-sous-Bois Coordinatrice PTSM | Dispositif d'enseignement qui propose des interventions intégratives avec une forte implication des parents au niveau d'une classe ou d'une école pour des enfants âgés de 5 à 12 ans, exclus du système scolaire ordinaire à cause de troubles sévères émotionnels, comportementaux, et autres pathologies mentales. Les enfants viennent à l'école avec des membres de leur famille, pour travailler les compétences et la coordination avec les enseignants. |
| Plateforme « Jeunesse et Santé Mentale | CH Saint-Denis / EPS Ville-Evrard Référénts médicaux : Psychiatre, Chef de service, EPSVE Pédopsychiatre, Chef de service, CH Saint-Denis | CLSM Saint-Ouen, Saint-Denis, Pierre- fitte-sur-Seine | Pérennisation et extension territoriale de la Plateforme « Jeunesse et Santé Mentale », dispositif expérimental de repérage précoce des troubles psychologiques de l'adolescent et du jeune adulte, et d'accès aux soins. Il associe : - Une équipe mobile médico-psycho-éducative pouvant aller à la rencontre des jeunes signalés qui ne se rendent pas dans les lieux de consultation en santé mentale - Une instance de concertation et d'analyse de cas à destination des professionnels prenant en charge ces jeunes |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Prise en charge intensive des premiers épisodes psychotiques sur le mode du case management | EPS Ville-Evrard Référénts médicaux : Psychiatre, Chef de service, EPSVE | MDA CH Saint-Denis CLSM Saint-Ouen, Saint-Denis | Mise en place d'une équipe de « case management » pour l'accompagnement intensif des premiers épisodes psychotiques dans l'ouest du département de Seine-Saint-Denis. L'équipe déploie un ensemble de stratégies thérapeutiques (médicamenteuses, psychothérapeutiques, de réhabilitation sociale), ciblées sur le début de la maladie, plus intensives que le traitement psychiatrique usuel, et visant à réduire l'impact au long cours des premières années de la maladie en donnant des soins optimaux, sans rupture et sans perte de chance. |
| Espace Numérique pour Adolescents | EPS Ville-Evrard Responsable du projet : Pédopsychiatre, Chef de service, EPSVE | Maison des Adolescents, hôpital Avicenne Réseau Ado Montreuil IMPro Sessad Bernadette Coursol Médecin scolaire Ville Bobigny (Académie Créteil) | Le projet Espace Numérique pour Adolescents (EN-Ado) vise à intégrer les nouvelles technologies de télécommunication dans la prise en charge des adolescents en souffrance psychique. Il propose un panel de réponses intégrées pour des adolescents en rupture de contacts relationnels notamment, qui ne vont pas aux soins de manière conventionnelle (espace de visio-consultations ; espace de chat et de communication entre pairs, supervisé par des professionnels de santé mentale ; espace répondant aux besoins d'informations des adolescents sur leurs problématiques). |
| La Trame, Plateforme d'inclusion citoyenne | Mutuelle la Mayotte / Association A pleine vie Référénte médicale : Psychiatre, Chef de service du secteur 93G02, EPSVE | EPS-VE Centre Économie Paris Nord et Unité Transversale en Recherche Psychogénèse et Psychopathologie à l'Université Paris 13 ARS CD | La demande de financement vise à pérenniser un dispositif existant sous forme expérimental depuis 2017. Le dispositif se fixe comme objectif d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes en souffrance psychique, leurs proches ainsi que les professionnels et les habitants du territoire Nord-Ouest de la Seine-Saint-Denis. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>Chef de projet : Coordinateur plateforme « la Trame »</p> | <p>Collectivités de Saint-Denis / Pierrefitte sur Seine GEM de Saint-Denis / Pierrefitte sur Seine</p> | <p>L'action du dispositif peut prendre de nombreuses formes : accueil inconditionnel, accompagnement personnalisé pour construction d'un parcours de soins/de vie, association d'usagers dans la constitution d'actions de déstigmatisation, accompagnement d'usagers dans la reprise d'une place juste dans la communauté et dans la société, actions qui touchent l'ensemble des professionnels et le grand public.</p> |
|--|--|--|---|

Source : [Réalisation personnelle]

Annexe IV – Chronologie de la mise en œuvre du PTSM et du FIO en Seine-Saint-Denis

| Date | Etat et Société | Seine-Saint-Denis |
|-------------------------------|--|--|
| Août 2015 | Publication par l'ANAP du guide méthodologique « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : première approche » | |
| 26 janvier 2016 | L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit les PTSM. La loi prévoit également une obligation, pour les établissements de santé, à faire partie d'un GHT au 1 ^{er} juillet 2016. | |
| 1 ^{er} semestre 2016 | | Mouvement de mobilisation au sein de Ville-Evrard contre l'obligation à faire partie d'un GHT. |
| Février 2016 | | Initiation des travaux du projet d'établissement de Ville-Evrard pour la période 2018/2022 |
| Juillet 2016 | | Ville-Evrard obtient une dérogation à l'obligation de faire partie d'un GHT. En contrepartie, l'établissement devra mettre en place une CPT. |
| 26 octobre 2016 | Le décret n°2016-1445 précise les modalités de mise en œuvre des communautés psychiatriques de territoires. | |
| Décembre 2016 | Publication par l'ANAP du guide méthodologique « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et en santé mentale – Méthode et outils pour les territoires ». | |
| Début 2017 | | Recrutement d'un médecin de santé publique comme chargée de mission par l'hôpital Ville-Evrard. Elle sera la coordinatrice de la CPT puis du PTSM. |

| | | |
|-----------------|--|---|
| Avril 2017 | | Installation CPT Seine-Saint-Denis |
| 26 avril 2017 | | Seconde réunion du conseil territorial de la Seine-Saint-Denis. Formation d'une Commission spécialisée en Santé Mentale et élection de la directrice générale de Ville-Evrard à sa présidence. |
| 27 juillet 2017 | Le décret n° 2017-1200 identifie six priorités à traiter dans les projets territoriaux de santé mentale | |
| 2017/2018 | | Période d'élaboration du Projet Régional de Santé 2018/2022. Consultation des acteurs de la santé mentale via la CSSM. |
| 2018 | Mouvement social « Printemps de la psychiatrie » | Période d'élaboration du Schéma départemental Autonomie et Inclusion 2019-2024 du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, large consultation auprès des acteurs du territoire. |
| 5 juin 2018 | Parution de l'instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/SP4/2018/137 visant à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale | |
| Janvier 2019 | | Installation Comité de pilotage du PTSM |
| 22 janvier 2019 | Première journée de manifestation nationale des professionnels de la psychiatrie pour dénoncer le manque de moyens, à l'appel du collectif « Pinel en lutte ». | |
| 24 janvier 2019 | Annnonce par la ministre de la santé, à l'occasion du congrès de l'Encéphale, de la mobilisation de moyens supplémentaires pour la psychiatrie pour l'année 2019, dont dix millions d'euros sont destinés à alimenter un fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie. | |
| 21 mars 2019 | Seconde journée de manifestation nationale des professionnels de la psychiatrie pour dénoncer le manque | |

| | | |
|---|--|---|
| | de moyens, à l'appel du Mouvement pour un Printemps de la psychiatrie. | |
| 25 mars 2019 | | Journée de lancement du PTSM, en plénière. |
| Mars à juillet 2019 | | Réunions des groupes de travail visant à élaborer le diagnostic territorial |
| 19 juillet 2019 | Instruction N°DGOS/R4/2019/176 introduisant le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie, doté de 10 millions d'euros pour l'édition 2019 | |
| Du 19 juillet au 1 ^{er} octobre 2019 | | Période d'élaboration des réponses à l'appel à projet (AAP publié le 19 août sur le site internet de l'ARS Ile-de-France, mais paru plus précocement sur le site d'autres ARS). |
| Novembre 2019 | | Validation du DTSM par le DG ARS |
| Novembre 2019 à juillet 2020 | | Elaboration des feuilles de route PTSM |
| 6 décembre 2019 | Annnonce des 42 projets retenus pour un financement via le fond d'innovation organisationnelle par la Ministre de la santé au Congrès Français de Psychiatrie. | Un projet retenu pour la Seine-Saint-Denis : la Trame, plateforme d'inclusion citoyenne, portée par la mutuelle la Mayotte. |
| Mars et avril 2020 | Première vague de l'épidémie de coronavirus en France. | Interruption totale des réunions du PTSM pendant deux mois. |
| 24 juillet 2020 | Instruction N° DGOS/R4/2020 introduisant le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie, doté de 20 millions d'euros pour l'édition 2020 | |
| Octobre 2020 | | Présentation du PTSM au CTS |
| Novembre 2020 | | PTSM adressé au DG ARS |
| Début 2021 | Annnonce des 76 projets retenus pour un financement via le fond d'innovation organisationnelle. | Deux projets retenus pour l'hôpital Ville-Evrard en Seine-Saint-Denis : Programme |

| | | |
|----------------|---|---|
| | | intersectoriel de prise en charge intensive et précoce du premier épisode de psychose et Projet <i>Together</i> (solution numérique et équipe mobile dédiée aux jeunes reclus, isolés ou en souffrance psychique) |
| 6 juillet 2021 | Instruction N° DGOS/R4/2021/154 introduisant le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie, doté de 10 millions d'euros pour l'édition 2021 | |

Source : [Réalisation personnelle]

Annexe V – Programme journée de lancement du PTSM de Seine-Saint-Denis



Annexe 1

Journée de lancement du projet territorial de santé mentale de la Seine Saint Denis

« Accueillir l'autre chez lui »

Lundi 25 mars 2019 de 13h30 heures à 17 heures

Salle des conférences (CPAM) - 125 Avenue Paul Vaillant Couturier 93014 Bobigny

- 13h30 : Accueil par le Comité de pilotage du Projet territorial de santé mentale (93)
 - Madame Magalie Thibault, vice-présidente du conseil départemental en charge de l'autonomie et des personnes âgées
 - Madame Sophie Albert, directrice générale de l'EPS-VE et présidente de la CSSM93 du CTS93
 - Monsieur Paul Lambert, président UNAFAM 93
 - Monsieur Jean-Jacques Merlin, directeur général d'interlogement 93
 - Docteur Noel Pommepuy, chef de service de pédopsychiatrie (IO5) et président du collège médical de la communauté psychiatrique de territoire de Seine-Saint-Denis (CPT93)
- 14h00 : Jean-Philippe Horréard, Directeur de la délégation départementale de Seine-Saint-Denis
 - Le projet territorial de santé mentale (PTSM) : articulation avec le projet régional de santé, objectifs
- 14h15 : Magalie Thibault,
 - Futur schéma autonomie et inclusion
- 14h30-14h45 : Discussion du COPIL avec la salle
- 14h45 : Noel Pommepuy,
 - Présentation des principales données territoriales relatives à la santé mentale et travaux de la communauté psychiatrique de territoire (CPT)
- 15h : Sophie Albert,
 - Premiers états des lieux de la réflexion par la commission spécialisée en santé mentale (CSSM93)
- 15h15-15h45 : Présentation de quelques projets inspirants du territoire : 5 min pour convaincre
 - La commission technique d'urgences par le Dr Sandrine Bonnel, psychiatre - 5min
 - « Un logement d'abord » par Maxence Delaporte, Interlogement93 - 5 min
 - 15 ans de formation action sociale santé mentale par Nathalie Bompays - 5min
 - La plateforme jeunesse par le Dr Robin Martin - 5min
 - La trame / GEM - 5min
 - Le coaching d'entreprise pour accompagner les patients dans la réinsertion par Agnès Ducre-Sie, Directrice de Iris Messidor - 5min
- 15h45 : mise en place de quatre groupes de travail : Noel Pommepuy et Sophie Cohen
 - Méthode :
 - Un binôme de pilotage pour chaque groupe
 - 1^{er} temps : faire un diagnostic territorial partagé – Juillet 2019
 - 2^{ème} temps : proposer et rédiger des projets (1 à 3 maxi) – Mars-Avril 2020

Annexe VI – Place occupée par les différents types d'acteurs dans la démarche

| Type d'acteur | Nature | Place occupée effectivement dans la démarche |
|---|----------------|--|
| Représentation patients / famille | Incontournable | <p>Implication importante de l'UNAFAM, dans le comité de pilotage, au cours du travail diagnostic et dans les groupes de travail des feuilles de route.</p> <p>Faiblesse de la représentation des usagers en Seine-Saint-Denis limitant leur participation effective.</p> <p>Les acteurs de la Trame ont accompagné trois usagers, adhérents à un GEM à deux réunions. Leur participation est restée limitée.</p> |
| Hôpital Ville-Evrard | Incontournable | <p>Initiation de la démarche et prise du leadership. Rattachement de la coordinatrice de la CPT, puis du PTSM à l'établissement. Le pédopsychiatre, vice-président de la CME et la directrice de l'hôpital étaient tous les deux membres du comité de pilotage.</p> <p>Un grand nombre de professionnels de l'établissement (psychiatres, psychologues, assistantes sociales) ont participé aux groupes de travail diagnostic, et aux feuilles de route.</p> <p>Il existe une parenté entre le projet d'établissement de Ville-Evrard, le projet médical de la CPT et le PTSM.</p> |
| Autres établissements de santé (GHT-GPNE, Hôpital Delafontaine, APHP) | Incontournable | <p>Présence et implication de plusieurs professionnels de chaque institution, pas d'impulsion de la part des directions de ces établissements.</p> <p>Animation d'un groupe de travail par une pédopsychiatre, chef de service de pédopsychiatrie de l'hôpital Ballanger.</p> |
| Établissements de santé : Cliniques privées | Périphérique | Absence de participation effective |
| Professionnels de santé libéraux | Périphérique | Absence de participation effective |
| Acteurs de la recherche | Périphérique | Acteurs de la recherche clinique représentés par les professionnels de l'URC de Ville-Evrard et la présence d'une |

| | | |
|---|----------------|--|
| | | <p>Professeure de psychiatrie à l'université Paris 13, cheffe de service à Ville-Evrard.</p> <p>Le monde de la recherche universitaire est notamment représenté par une Professeur de psychologie à l'université Paris 13 et une Professeur de psychologie à l'université Paris 8 qui ont coanimé un groupe de travail diagnostic.</p> |
| Acteurs du logement / hébergement | Incontournable | Forte implication d'Interlogement93 : membre du comité de pilotage, participation de nombreux employés de l'association dans les groupes de travail diagnostic, participation du directeur adjoint à la feuille de route logement / hébergement. |
| ESSMS | Incontournable | <p>De nombreux responsables de structures médico-sociales ont été présents au sein des différents groupes de la première phase initiale. Il semble que peu aient effectivement contribué à l'ensemble de la démarche.</p> <p>Implication très importante du dispositif de la Trame, de l'association Bol d'air ou encore de l'association Iris Messidor.</p> |
| Services de l'État : DRIHL Éducation nationale Justice | Périphérique | Absence notable des services de l'Etat dépendant d'autres ministères de tutelle. |
| Délégation territoriale 93 de l'ARS | Obligatoire | Participation à distance de la délégation territoriale 93. |
| Conseil départemental 93 | Incontournable | <p>Forte implication du conseil départemental avec mobilisation de la Vice-présidente au conseil départemental, chargée de l'autonomie des personnes âgées et handicapées, dans le comité de pilotage.</p> <p>Mobilisation des équipes de différents services : PMI, petite enfance, MDPH, ASE.</p> |
| Municipalités du département | Périphérique | <p>Absence de participation d'élus locaux.</p> <p>En revanche, des municipalités ont pu participer par le biais de leurs services (CLSM, CCAS, mission locale, etc.)</p> <p>Les CLSM de Montreuil, de Saint-Denis et d'Epina-sur-Seine-Pierrefitte ont joué un rôle particulièrement important.</p> |

Source : [Réalisation personnelle]

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université de Paris
Le Professeur Frank BELLIVIER



Tampon du service :

Pr Frank BELLIVIER
RPPS : 10000605203
Hôpital Fernand Vidal
Consultation du Pr. Bellivier
200, rue du Faubourg Saint Denis
75475 Paris cedex 10
Tél. : 01 40 05 42 08 - 42 09
N° Identification de l'établissement
750100042

VU :

Le Doyen de l'UFR de Médecine
(Université de Paris, Paris-Nord)
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date : 25/8/2021

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour la Présidente de l'Université de Paris
et par délégation

Le Doyen de l'UFR de Médecine
(Université de Paris, Paris-Nord)



Philippe RUSZNIEWSKI

Mise en œuvre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et du Fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie. Enjeux nationaux et effets locaux, l'exemple de la Seine-Saint-Denis.

Résumé :

La prise en charge des maladies mentales est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs dont la collaboration est un enjeu majeur pour le bon déroulement des trajectoires de maladie. Si au cours des cinquante dernières années les politiques de santé mentale ont tenté de répondre à cette complexité par la création d'une diversité d'instruments, ceux-ci ont fait l'objet de critiques de la part des acteurs et semblent avoir échoué à organiser l'offre de soins pour répondre de façon efficiente aux besoins sur l'ensemble du territoire. Cette thèse analyse deux dispositifs récents de la politique de santé mentale visant à répondre à ces critiques : les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et le fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIO). Mobilisant une perspective de sociologie interactionniste, l'objectif de cette recherche était notamment d'évaluer comment la mobilisation collective autour du PTSM et du FIO a contribué à transformer l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en Seine-Saint-Denis.

Une enquête qualitative a été menée entre septembre 2020 et août 2021 : quatorze entretiens semi-directifs et l'étude d'un corpus documentaire ont été réalisés.

La Seine-Saint-Denis se distingue par des difficultés socio-économiques majeures et une offre de services de santé mentale inférieure à la moyenne. Son système de santé mentale se caractérise par l'existence d'un grand nombre de réseaux de coopération professionnelle. Le PTSM et le FIO ont permis de renforcer un peu plus les réseaux existants et de créer quelques coopérations nouvelles, mais n'ont pas entraîné de recomposition majeure des relations entre acteurs. L'introduction des instruments sur le territoire a fait suite à un mouvement social au sein de l'hôpital Ville-Evrard contre l'obligation de faire partie d'un GHT. Obtenant gain de cause, Ville-Evrard, acteur historique et central du territoire, a pris le leadership de l'élaboration du PTSM. La construction d'un collectif, première étape de l'élaboration du PTSM, a nécessité de définir le périmètre des acteurs concernés par la santé mentale, puis d'identifier et de mobiliser des acteurs. Pour les acteurs, s'engager dans la démarche, supposait d'en attendre un bénéfice : ils y ont vu un outil pour faire avancer leurs propres projets. Un travail de diagnostic, d'élaborations de solutions et de priorisation a ensuite été mené. L'élaboration du diagnostic a notamment reposé sur un travail difficile de recueil et de compilation de

données. Outre les effets d'interconnaissance, l'élaboration du PTSM a constitué un lieu de savoir et de réflexion, un outil de connaissance du territoire et un vecteur de circulation des idées permettant l'adoption de normes et de valeurs partagées. Au total, le PTSM a permis à la fois de faire émerger des projets, de les sélectionner et d'aligner derrière eux les acteurs de la santé mentale du département. Le positionnement de l'ARS dans le cadre de cette démarche a été difficile à trouver et jugé insuffisant par les acteurs qui ont également émis des critiques à l'encontre de l'État. L'étude du FIO a, quant à elle, permis d'étudier la manière dont les acteurs se saisissent des appels à projet pour financer des projets.

Si la démarche des PTSM a permis de renforcer la coopération entre acteurs et de faciliter la construction d'un certain nombre de projets, il existe un risque que le niveau de coopération atteint ne se maintienne pas. En effet, les acteurs rapportent un état d'incertitude quant au devenir du PTSM et attendent des clarifications sur le financement des actions du projet. Pour eux, la mise en place d'un dispositif de suivi de la démarche est indispensable. L'enjeu est de taille : outre l'amélioration de l'offre de soin et des parcours, il s'agit de rétablir la confiance des acteurs en la capacité de l'État à mener une réelle politique de santé mentale.

Spécialité :

Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie

Mots clés français :

Recherche qualitative ; Santé mentale ; Psychiatrie ; Politique publique ; Politique de santé ; Interactionnisme symbolique ; Sociologie médicale ; Administration des services de santé

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Université de Paris
UFR de médecine– Site Bichat
16, rue Henri Huchard75018 Paris